
Bureau de dépôt
5530 Yvoir
Revue trimestrielle

&Education du Patient
Enjeux de Santé



MÉDECINE GÉNÉRALE

promotion de la santé, prévention et éducation du patient

Volume 21 - n°4 - 2002

TOME I



PUBLICATION TRIMESTRIELLE

REDACTEUR EN CHEF :
- Jean-Luc Collignon*;

COORDINATION DE CE NUMERO :
- Anne Malice*;
- Nathalie Martin*;

COMITÉ DE RÉDACTION :
- Jean-Luc Collignon*;
- Marie-Madeleine Leurquin*;
- Anne Malice*;
- Nathalie Martin*;
- Alain Schoonvaere*.

COMITE SCIENTIFIQUE :
- Pr Jean-Philippe Assal (Suisse);
- Pr Alain Deccache (Belgique);
- Pr Jean-François d'Ivernois (France);
- Dr Rémi Gagnayre (France);
- Dr Alain Golay (Suisse);
- Mr Stéphane Jacquemet (Suisse);
- Pr Michel Mercier (Belgique).

ILLUSTRATION ET MISE EN PAGE :
- Emmanuel Lefebvre*.

SECRÉTARIAT ET TRAITEMENT DE TEXTE :
- Pierrette Honnay*;
- Annie Pennetreau*;
- Régine Roba*.

IMPRIMERIE :
- NUANCE 4
  Rue des Gerboises, 3
  5100 Zoning Industriel de Naninne
  Tél : 081 / 40 85 55 Fax: 081 / 40 85 50

EDITEUR RESPONSABLE :
- Pr Patrick De Coster*,
  Avenue Dr. Thérasse, 1, B-5530 Yvoir.

REVUE MEMBRE DE L'A.R.S.C.

Association des Revues Scientifiques et Culturelles - www.arsc.be

** Centre d'Education du Patient.*

ONT CONTRIBUÉ À LA REALISATION DE CE NUMÉRO :

Dr Etienne Baijot
Dr Cécile Bolly
Dr Simon Daniel
Dr Pierre-Yves Devresse
Dr Pascale Jonkheer
Dr Jean Laperche
Jean-Claude Lesire
Dr Gwénola Levasseur
Pr Dominique Pestiaux
Dr Michel Vanhalewyn
Pr Carl Vanwelde

EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTE ISSN = 0777-0898

TARIFS ET ABONNEMENTS 2002		
AU NUMÉRO	ABONNEMENT	
N° SIMPLE	INDIVIDUEL	INSTITUTION
7,50 € (Frais de port non compris)	22,50 €	30 €

Pour vous abonner, il vous suffit d'effectuer le paiement en Euros avec la communication : «Abonnement EPES».
***Pour la Belgique** : par virement bancaire au n° de compte de DEXIA 796-5303234-18.*
***Pour la France** : par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Centre d'Education du Patient ou par virement bancaire au n° de compte de la Société Générale 30003-00581-00037270119-52.*
***Pour les autres pays** : par transaction bancaire internationale (Frais bancaires à votre charge) sur le compte bancaire international IBAN BE50 7965 3032 3418.*
Pour plus de renseignements, Tél. : ++ 32 (0)82 61 46 11 (Centre d'Education du Patient).



Faut-il « éduquer » les « patients » en médecine générale ?

Ne fumez plus, ne buvez plus, mettez des préservatifs ! Est-ce cela l'« éducation du patient » ?
Héritier d'une ancienne conception hygiéniste et normative, notre vocabulaire est maladroit pour essayer de dire en trois mots un accompagnement, une écoute, des questions, des silences, des émotions partagées, des propositions, des informations, des négociations pour des comportements de santé adéquats.
Comportements de qui ? Du patient, des patients... et des soignants tout autant si nous voulons rester crédibles, humains et efficaces!

Avant et après la rencontre avec les patients, le généraliste s'interroge sur sa pratique, sur « Comment dire pour bien dire ? » Que faire pour bien faire ? Que sait le patient ? Comment vit-il sa situation ? Qu'a-t-il déjà essayé ? Qu'attend-il de moi ? Quels sont ses projets de vie ? Que veut-il pour sa santé ? Pour quels changements est-il presque prêt ? Que vais-je lui proposer ? Où puis-je m'informer ? Quel cheminement commun est possible ? Comment éclairer ce cheminement ? Comment organiser mon travail pour rester disponible, humain et efficace ? Toutes ces questions sont sous-jacentes et rassemblées dans le concept trop étroit d'« éducation du patient ».

Les généralistes redécouvrent avec bonheur des domaines familiers de leurs pratiques dans le champ de l'éducation du patient la dimension humaine de la médecine, l'approche globale et horizontale des problèmes de santé, aux croisées des sciences exactes et des sciences humaines, de la santé publique et de la médecine spécialisée.

L'éducation du patient a tout à gagner de ce partenariat avec les généralistes et les professionnels de santé « de ville » exerçant en « ambulatoire », en dehors des hôpitaux : infirmières à domiciles, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, psychologues, etc... Et quand ces professionnels se concertent et travaillent en réseau, en association ou en équipe, de nouvelles conditions favorables émergent... A eux de les saisir!

Les témoignages et réflexions de ce numéro sont des jalons de progrès certains, tant pour les « patient-usagers » que pour les professionnels. Bonne lecture!

Jean Laperche





Agir en prévention en médecine générale

par Jean Laperche (1)

Mots-clés : Belgique, Communauté française, Prévention, Médecine générale, Promotion de la santé, Maison médicale

Début des années 1990, la volonté de développer des actions de prévention et d'éducation du patient en médecine générale en Communauté française de Belgique se réaffirme par la prise en compte simultanée de deux constats. Le premier constat est la couverture insuffisante de la population en soins préventifs (morbidité cardio-vasculaire préoccupante, cancers non dépistés, complications des maladies chroniques, couvertures vaccinales insuffisantes, etc…) et le second constat est la demande implicite des patients de plus de prévention, tout particulièrement envers leur médecin de famille.

Une méthodologie spécifique et originale, avec comme point d'ancrage l'appropriation par les praticiens des obstacles qu'ils rencontrent, a dès lors été progressivement construite par les praticiens eux-mêmes qui se sont organisés en séminaires, ont confronté leurs pratiques et amélioré leurs performances ! Les premiers intéressés sont des praticiens travaillant en équipe pluridisciplinaire des maisons médicales, et cette méthodologie d' "agir ensemble en prévention" a ensuite fait tache d'huile chez leurs confrères libéraux.
Les motivations des généralistes pour améliorer leurs pratiques sont diverses et ces améliorations se formalisent également en démarches d'assurance de qualité.
Ces initiatives, soutenues par le Ministère de la Santé, entrent doucement dans la formation initiale universitaire des futurs généralistes.

Agir en prévention en médecine générale

Utiliser activement un échéancier, écouter chaque patient, lui expliquer ce que le médecin perçoit dans le problème retenu, valoriser et soutenir les démarches déjà initiées par le patient, négocier un traitement, proposer des dépliants d'information… S'organiser seul ou en équipe pour améliorer la prise en charge de patients diabétiques, pour prendre en compte de manière plus précise un risque particulier (risque cardio-vasculaire, dépendance à l'alcool…), pour améliorer la qualité du dépistage du cancer du sein, pour améliorer la couverture vaccinale contre la grippe… Mettre progressivement en place des groupes de parole pour patients diabétiques, pour patients fumeurs, pour parents d'adolescents ou pour enfants de personnes âgées… Introduire des puéricultrices dans des familles fragiles pour que les mamans se sentent plus à l'aise avec leur bébé… Construire un réseau de collaborations pour que la santé soit vécue dans le quartier, soit prise en compte par les décideurs politiques locaux… Expliquer ces actions de santé dans un journal local envoyé aux patients, y découvrir les articles écrits par les patients eux-mêmes où les points de vue, tour à tour, se rencontrent et se séparent…

Ces 1001 actions de prévention et de promotion de la santé se réalisent de manière discrète en Communauté française de Belgique, lentement, mais sûrement, depuis près de 10 ans…

Un double constat comme nouveau départ

Début des années 1990, la volonté de développer des actions de prévention dans les soins de santé du premier échelon se réaffirme par la prise en compte simultanée de deux constats. Le premier constat est la couverture insuffisante de la population en soins préventifs en Communauté française de Belgique (les personnes de plus de 65 ans sont mal vaccinées contre la grippe ou le tétanos, le dépistage du cancer du sein est insuffisant, la morbidité cardiovasculaire est préoccupante, d'autres questions restent problématiques : le saturnisme chez les enfants, la pollution intérieure, les ravages du tabac et de l'alcool,

(1) Médecin généraliste à la Maison Médicale de Barvaux. Maître de Conférence invité à l'UCL, fondateur et responsable du programme Agir Ensemble en Prévention de la Fédération des Maisons Médicales, membre de l'Institut de Médecine Préventive de la SSMG.
Rue des Combattants, 43
B-6970 Wéris
Tél. : ++32 (0)86 21 27 16
Fax : ++32 (0)86 21 83 48
E-mail : jean.laperche@cumg.ucl.ac.be



etc). L'idée n'a jamais été de reporter sur le médecin généraliste toutes les responsabilités en matière de prévention, mais il y a un certain nombre de thèmes qui peuvent être efficacement abordés à son niveau et les consultations et les visites de médecine générale sont, pour les patients, des opportunités qu'ils ne peuvent pas avoir ailleurs.

Le second constat est la nécessité de prendre en compte les obstacles concrets et récurrents que les généralistes et les autres professionnels de santé de première ligne rencontrent dès qu'ils veulent développer des soins préventifs. Les premiers obstacles à contourner sont inhérents au système de santé lui-même : la prépondérance du modèle biomédical centré sur l'organe malade et non sur la personne dans son ensemble et dans son contexte de vie, le clivage du préventif et du curatif, la formation inadéquate des praticiens.

Les institutions préventives spécialisées déresponsabilisent souvent de fait les médecins généralistes : « *d'autres s'en occupent* » disent ces derniers et ils se sentent mis à l'écart de leurs responsabilités, empêchés de suivre ces patients à long terme.

Un autre volet d'obstacles est lié à la relation entre les praticiens et les patients. « *Le motif de la consultation ne permet pas de proposer tel acte préventif, les patients ne sont pas demandeurs* » disent les médecins. Ceux-ci sous-estiment leur impact auprès des patients, alors que plusieurs études montrent clairement la grande influence des médecins de famille sur le comportement des patients et la demande implicite des patients pour plus de prévention. Les médecins ont peur de casser une relation privilégiée en dépassant la demande initiale des patients, peur d'être plus actifs dans leurs propositions thérapeutiques préventives. Par exemple, rares sont les généralistes qui osent envoyer une lettre de rappel aux patients, alors que l'Ordre des Médecins lui-même approuve cette pratique.

L'initiative a été prise en 1992 par la Fédération des Maisons Médicales de travailler ces obstacles avec les praticiens eux-mêmes afin qu'ils puissent se les approprier et ensuite les dépasser. Les Maisons Médicales sont des équipes de généralistes, infirmières à domicile, kinésithérapeutes, accueillantes et assistants sociaux ou parfois psychologues. Une soixantaine d'équipes existe dans la partie francophone de la Belgique et pratique une approche pluridisciplinaire des problèmes de santé et des réponses à construire. Proposer des soins de santé globaux, continus et accessibles leur fait percevoir les actions préventives comme essentielles et indissociables des soins curatifs. L'initiative de travailler avec eux les obstacles qu'ils rencontrent a été accueillie dans l'enthousiasme : plus de 20 équipes sont entrées d'emblée dans le projet « *Agir Ensemble en Prévention* » et, à ce jour, les pratiques préventives se sont développées et entrent dans la routine du travail quotidien de la plupart de ces équipes.

Une méthodologie participative et structurante

Soutenue par le Ministère de la santé en Communauté française, « *Agir Ensemble en Prévention* » est devenue une véritable méthode de travail pour les praticiens de première ligne.

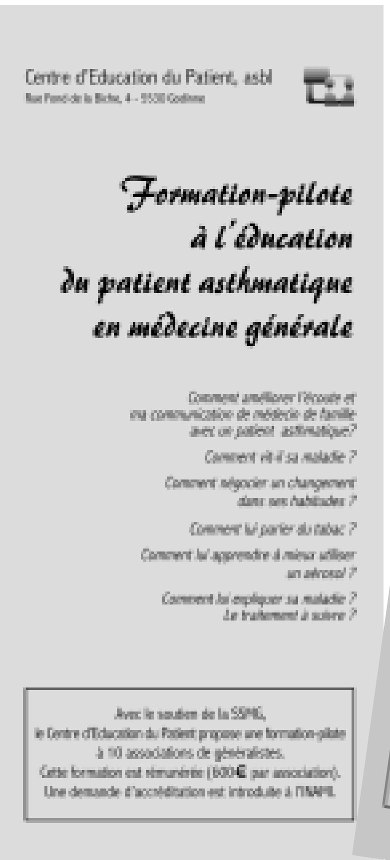
Les messages des animateurs de la fédération envers les équipes sont restés constants au fil des ans :

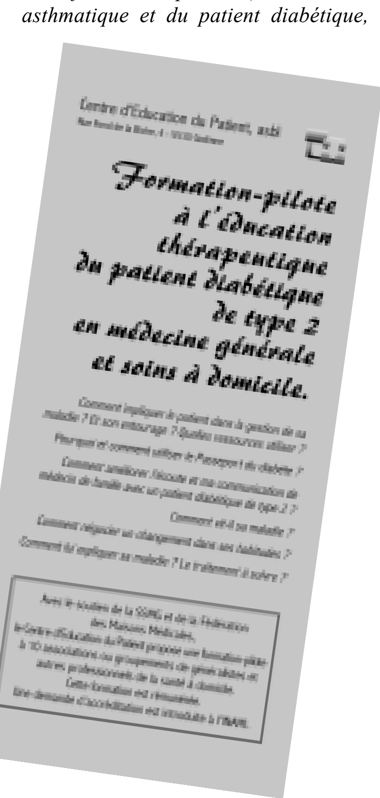
Au niveau des actions

- Réaliser effectivement des activités de prévention adaptées aux réalités des praticiens.
- Comprendre les différents domaines de la prévention au sens large pour aider à concevoir des projets adaptés à des besoins de santé précis des patients.
- Avoir le souci de la qualité des actions menées : rigueur scientifique, choix de priorités, évaluation.

Au niveau de la relation avec les patients

- Se rappeler qu'à côté de la médecine préventive, la « *prévention* » connaît bien d'autres chemins : éducation pour la santé, éducation du patient, promotion à la santé,





Dépliants réalisés par le Centre d'Education du Patient avec le soutien de la SSMG et de la fédération des Maisons Médicales dans le cadre de deux formations-pilotes (Education du patient asthmatique et du patient diabétique, 2003)



Des séminaires d'accompagnement des équipes volontaires permettent des partages d'expériences et des apports théoriques.

santé communautaire…
- Prendre conscience de la responsabilité des soignants, en matière de prévention, d'initier les projets et d'établir le dialogue avec les patients.
- Prendre conscience que les patients sont implicitement demandeurs de plus de prévention.
- Porter aussi un regard éthique sur la prévention; pouvoir déterminer des limites à l'implantation des projets.
- Favoriser la participation des patients.

Au niveau des processus

- Mandater une cellule prévention qui est officiellement reconnue et qui reste en lien avec l'activité principale de la maison médicale.
- Prendre le temps de concevoir un projet : argumenter une priorité, définir par écrit des objectifs précis, des actions retenues et des tâches concrètes.
- Considérer l'évaluation comme une étape à part entière de tout projet.
- Utiliser les outils existants en méthodologie de projet (Carnet de Bord Assurance de Qualité, brochure A.P.P.R.E.T. de l'APES (Ulg), fiches prévention).
- S'assurer de concrétiser les projets retenus.

Au niveau des ressources et du partenariat

- Connaître et utiliser les atouts et les ressources de la maison médicale et de son environnement proche.
- Favoriser le travail en réseau avec des partenaires adéquats, proches de la maison médicale.
- Favoriser le travail pluridisciplinaire en impliquant l'équipe dans les projets préventifs et en évitant l'isolement.
- Profiter des acquis et des expériences des autres maisons médicales : tant les réussites, les méthodes qui ont fait leurs preuves, que les obstacles récurrents à éviter.

Au niveau de la diffusion

Réaliser un bilan des actions et le faire connaître;
favoriser la reproductibilité, tant au sein qu'en dehors des maisons médicales.

Les motivations des soignants

Qu'est-ce qui motivait principalement ces soignants des maisons médicales à participer à ces démarches de prévention ? Au début, ce sont surtout des motifs individuels : intérêt personnel pour la prévention, souhait de redynamiser l'équipe. Quelques années plus tard, les motifs d'adhésion se sont diversifiés. Ils vont souvent de pair avec une implication dans le programme Agir Ensemble en Prévention et se confondent avec les bénéfices perçus du programme. On y adhère notamment parce que le projet est moteur, qu'il donne une place à la prévention et propose des repères. Parce qu'il est aussi lieu d'échange et de soutien par rapport à la prévention (1); parce qu'il offre la possibilité de motiver l'équipe autour de thèmes et d'activités existantes, de dégager ensemble des priorités.
D'autres bénéfices sont également cités par les équipes participantes :
- la constitution de cellules de prévention et d'assurance de qualité au sein des équipes; le déploiement de lieux pour parler de prévention dans et hors de la maison médicale; la participation à un projet plus large;
- le fait que les actions sont mieux intégrées au curatif : une plus grande partie de l'équipe est concernée et la prévention devient un choix délibéré avec une place noble, reconnue et valorisée;
- la naissance d'une réflexion de fond sur le travail en équipe, le préventif et le curatif, la rigueur, l'évaluation;
- une meilleure conception et évaluation des projets.

Toute cette structure mise en place, avec les bénéfices qu'elle a procurés, doit évidemment être mise en relation avec les obstacles repérés pour la mise en œuvre de projets de prévention.

Également pour les praticiens libéraux.

Cette expérience développée par les maisons médicales a été, en 1999, présentée et discutée au sein de l'Institut de Médecine Préventive de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Les acquis et les difficultés y ont été réfléchis pour pouvoir être partiellement adaptés à des groupes de généralistes ne faisant pas partie des maisons médicales : les dodécagroupes.
Les dodécagroupes réunissent 15 à 20 médecins généralistes 10 fois par an, dans le cadre de leur formation continue, le plus souvent, au domicile de l'un d'entre-eux. L'aspect convivial est le ciment de la réussite de ces groupes volontaires. Les dodécagroupes sont au nombre de 112 en Communauté française. Ils sont coordonnés par la SSMG qui assure la formation d'un des membres du groupe comme animateur.
Ce programme de développement de la prévention dans les dodécagroupes de généralistes est également soutenu par le Ministère de la santé en Communauté française de Belgique.

Au cours de la première phase pilote d'implantation de ce projet, une stratégie spécifique a été mise au point pour que chaque membre du groupe intègre progressivement dans la pratique quotidienne de ses consultations et de ses visites à domicile une démarche préventive (ou de dépistage précoce). Le thème est choisi par le groupe et fait l'objet d'un projet suivi pendant deux ans. L'évaluation de l'amélioration des pratiques fait partie intégrante du projet. L'approche s'appuie sur la dynamique du groupe; celle-ci s'est révélée porteuse durant la phase pilote car elle permet de mettre en valeur au sein du groupe lui-même les initiatives positives permettant de

Bibliographie

DELPIERRE V., LAPERCHE J., La Prévention, côté soignants-côté patients, d'après les rapports de recherche " Education pour la Prévention " (ULB, 1993) de A. Levêque et J. de Roubaix, Education Santé, juin 1994; 88: 9-14.

DUDOUR A., JONCKHEER P., LITT V., LAPERCHE J., GOSSELAIN Y., PRÉVOST M., ROLAND M., La prévention, ce n'est pas mon truc, ou les obstacles à la prévention chez les généralistes, Conférence Mondiale UIEPS, Paris, juillet 2001.

Forum des Associations de Généralistes, La fonction du médecin généraliste pour le troisième millénaire, Supplément à la Revue de la Médecine Générale, 2002, 189.

GOSSELAIN Y., LAPERCHE J., PREVOST M., Agir ensemble en prévention: sens et naissance d'un projet d'accompagnement au sein des maisons médicales, Santé Conjugée, octobre 1999; 10: 46-48.

GOSSELAIN Y., LAPERCHE J., PREVOST M., 7 étapes pour avancer, un regard neuf : l'assurance de qualité, Santé Conjuguée, juillet 2002.

Institut Scientifique de la Santé Publique, Enquête de santé par interview, Belgique, 2001.

JONCKHEER P., Faire de la prévention en médecine générale ? Quoi et comment ?, Revue de la Médecine Générale, septembre 2002.

LEVÊQUE A., BERGHMANS L., LAGASSE R., LAPERCHE J., PIETTE D., Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique, Arch Public Health, 1997; 55: 145-158.

…/…

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002

passer outre les résistances à la prévention habituellement avancées.

Le projet s'est volontairement limité aux dodécagroupes car les médecins qui en font partie sont plus faciles à approcher et manifestent clairement un souci de formation continue. Parmi les 8.500 médecins généralistes pratiquant en Communauté française, un quart participent à ce type de formation. Le cadre offert par la SSMG et l'encadrement reconnu de ces groupes par les animateurs ont créé une expérience d'interaction et de dialogue tout à fait propice au lancement d'initiatives nouvelles, comme celle de la prévention intégrée à la pratique quotidienne.

Comme toute proposition nouvelle de changement des pratiques, le démarrage est lent, mais constant : de 4 au départ, les dodécagroupes actifs à ce jour dans ces démarches sont au nombre de 9. Les thèmes retenus par ces groupes sont les suivants : l'échéancier, les vaccinations, le risque cardio-vasculaire global et le diabète de type 2. Ces thèmes sont très médicaux car ils sont choisis par des groupes monodisciplinaires de généralistes et font partie des priorités préventives retenues par la SSMG. Pour les généralistes praticiens, une porte d'entrée réaliste dans le champ de la promotion de la santé et de l'éducation du patient semble donc être actuellement la médecine préventive classique. Cela pourra sans doute évoluer.
Pour les maisons médicales pluridisciplinaires, les réalisations sont plus variées et nombreuses (> 300 !), reprenant bien entendu les priorités classiques de médecine préventive, mais également des démarches de santé communautaire : groupes de parole de patients, travail en réseau. Un aperçu des actions préventives réalisées dans les maisons médicales est présenté sur le site bientôt mis à jour : www.maisonmedicale.org.

Perspectives

La volonté des promoteurs de ces programmes, tant dans les maisons médicales pluridisciplinaires que dans les dodécagroupes de généralistes, est l'intégration dans la routine du travail quotidien de pratiques préventives et éducatives, évaluées de préférence. Le Forum des Associations des généralistes de la Belgique francophone souligne que les pratiques préventives et de santé communautaire sont un des 7 piliers fondamentaux des fonctions du généraliste.

Pour les maisons médicales qui réalisent ces actions depuis une dizaine d'années, l'exigence de démarches d'assurance de qualité s'y réalise.
Toutes les formations continues actuelles organisées par la fédération des maisons médicales le sont suivant des méthodes d'assurance de qualité.



Couverture de « Mon patient fume... Attitudes du généraliste. », brochure destinée aux médecins généralistes pour l'accompagnement de leurs patients fumeurs (2003)

Ces méthodes et les réalisations concrètes sont décrites dans une publication récente : « *Sept étapes pour avancer, un regard neuf : l'assurance de qualité* » In Santé Conjuguée, juillet 2002.

L'intégration dans la pratique quotidienne et l'évaluation continue des résultats et des moyens mis en œuvre demandent aussi que ces équipes utilisent au mieux l'informatisation, ce qui se met également progressivement en place.

Malgré les réalisations et les avancées de certaines équipes et de quelques dodécagroupes, les obstacles et difficultés rappelés en début d'article restent souvent présents et doivent être constamment travaillés, explicités, mis à plat et enfin dépassés. Ce message a été entendu par le Centre Universitaire de Médecine Générale de l'UCL qui vient de finaliser un référentiel de formation des futurs généralistes qui prend en compte les enjeux présentés dans cet article.

Il ne s'agit pas de vider l'océan avec une cuillère, mais de rappeler aux responsables politiques et scientifiques qu'une amélioration globale des conditions de pratique des généralistes et de tous les professionnels de première ligne, qu'une formation adéquate de ceux-ci et qu'un accompagnement pédagogique des changements souhaités deviennent également des priorités d'une politique de santé à part entière. ■

.../...

PESTIAUX D., VAN THUYNE D. et coll., Référentiel des stages de médecine générale, CUMG - UCL, Bruxelles, mai 2002.

ROLAND M., M. PRÉVOST M., M. JAMOULLE M., L'assurance de qualité et le médecin de famille, Arch. Public Health, 2001; 59: 1-28.

ROLAND., PRÉVOST M., LAPERCHE J., GOSSELAIN Y., Le Carnet de Bord Assurance de Qualité, Fédération des Maisons Médicales, Bruxelles, 1999.

TRÉFOIS P., JONCKHEER P., LAPERCHE J., Favoriser les pratiques préventives en médecine générale, Revue de la Médecine Générale, 2001; 182: 170-171.





Le médecin de famille et l'information du patient :

les réalisations de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant, l'UOAD

par Baijot Etienne (1), Devresse Pierre-Yves (2), Simon Daniel (3)

Mots-clés : Belgique, Médecin généraliste, Association, Communication, Patient, Media, Education à la santé, Dépistage, cancer, Mammographie.

Depuis sa création, l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant, association représentative des médecins généralistes de la région, a favorisé l'information du patient et la communication avec celui-ci. Les sources d'information relatives à la santé sont nombreuses et le patient peut éprouver des difficultés à discerner une information fiable. Un modérateur professionnel est nécessaire et cette place revient naturellement au médecin généraliste. L'UOAD a initié, organisé ou participé à une série de projets : émissions de télévision relatives à l'éducation à la santé, documents d'information, programmes de dépistage du cancer du sein et récemment un site internet essentiellement orienté vers la communication avec le patient.

(1) Docteur en Médecine, Secrétaire de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant asbl, Rue de Dinant, 127, B-5570 Beauraing.
Tél. : ++32 (0)82 71 27 10
Fax. : ++32 (0)82 71 44 08
E-Mail : etienne.baijot@namur.intramed.be

(2) Docteur en Médecine, Administrateur de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant asbl, Rue de Mianoye, 29, B-5530 Durnal.
Tél. : ++32 (0)83 69 97 45
Fax. : ++32 (0)83 69 91 40
E-Mail : devresse@skynet.be

(3) Docteur en Médecine, Administrateur de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant asbl, Rue de Behogne, 65, B-5580 Rochefort.
Tél. : ++32 (0)84 21 31 91
Fax. : ++32 (0)84 37 94 56
E-Mail : daniel.simon@docs.be

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002

L'union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant (UOAD) est une association sans but lucratif qui regroupe environ 130 médecins généralistes pratiquant dans les communes de Anhée, Beauraing, Bièvre, Ciney, Dinant, Gedinne, Hastière, Hamois, Havelange, Houyet, Onhaye, Rochefort, Somme-Leuze, Vresse-sur-Semois et Yvoir (sud de la province de Namur) ainsi que Wellin et On (deux communes de la province du Luxembourg). Les activités principales de l'association sont la formation et l'information de ses membres, la représentation des généralistes de l'arrondissement de Dinant auprès des autorités politiques et sanitaires et la coordination des douze rôles de garde de l'arrondissement de Dinant.

Depuis sa création, l'UOAD s'est appliquée à favoriser le dialogue avec les patients. Cette action se base sur une réflexion fondamentale : les patients sont noyés sous un flot d'informations médicales d'origines diverses et de qualité variable, alors que l'informateur privilégié du patient devrait être son médecin traitant.

Le patient du 21e siècle a le choix des sources d'information : journaux, revues féminines ou – c'est nouveau – masculines, revues « *de santé* », T.V., radio, internet, mutuelles, santé publique, firmes pharmaceutiques (qui de plus en plus recherchent le « *contact direct* » avec les patients), associations de patients, communes, amis ou connaissances, chacun y va de son « *savoir* » médical ou pseudomédical. Face à cette débauche d'informations concernant sa santé, le patient éprouve des difficultés à faire un tri, à discerner la « *bonne* » information. Un exemple que les généralistes vivent au quotidien est celui des publicités pour médicaments de comptoir qui incitent le patient à l'automédication, souvent à mauvais escient.

Un « *modérateur* » professionnel est nécessaire, et cette place nous semble revenir tout naturellement au médecin généraliste.

Depuis 1994, l'UOAD a initié, organisé ou participé à une série de projets.

Ce fut la réalisation d'une série d'émissions de télévision sur le thème de l'éducation à la santé, en collaboration avec la chaîne de télévision locale « *Vidéoscope* » de Rochefort. Les textes de ces émissions ont été mis à la disposition des patients soit, dans un premier temps, via leur publication dans la presse loco-régionale, soit, ensuite, par leur distribution dans les salles d'attente dans les « *Conseils aux patients* ».

Les médecins généralistes de l'arrondissement ont ensuite coordonné et participé à un



programme de dépistage du cancer du sein. A Beauraing d'abord, en collaboration avec l'Université Catholique de Louvain, dans tout l'arrondissement de Dinant ensuite, en collaboration avec l'Institut d'Hygiène Sociale de la province de Namur et le Centre de Référence pour le Dépistage du Cancer du Sein.

Le progrès des technologies aidant, l'UOAD a estimé que l'internet était un moyen parfaitement adapté à la communication et à l'information des patients. Le site web des médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant, « *uoad.be* », est en cours de réalisation.

Les émissions de télévision d'éducation à la santé et les conseils aux patients

Emissions de santé sur une chaîne de TV loco-régionale (Vidéoscope)

La télévision est un excellent vecteur de l'éducation à la santé. Nous avons pu en bénéficier grâce à la collaboration active d'une TV communautaire installée à Rochefort et qui couvre tout le territoire de l'arrondissement de Dinant. Nous y avons reçu un très bon accueil, les journalistes de cette chaîne d'actualités régionales étant très intéressés par une diversification du type d'émissions proposées.

Chaque conseil-santé, d'une durée moyenne de 5 à 10 minutes, était inséré dans le bulletin d'informations générales du week-end (taux d'écoute optimal). Ce bulletin était diffusé en boucle pendant tout le week-end, notre information santé étant ainsi répétée à de nombreuses reprises (entre 30 et 50 passages).

Etapes pratiques de réalisation :

Choix du thème

Le thème est choisi en commun par les généralistes membres du conseil d'administration de l'UOAD, en fonction de l'actualité du sujet. Ainsi l'émission sur les vaccinations de l'enfant a coïncidé avec un changement dans le calendrier de vaccination, ou l'émission sur la grippe a trouvé place au début de l'automne.

Ecriture du texte

Nous y privilégions toujours un vocabulaire simple, avec des termes accessibles à toute la population. Les populations défavorisées, à faible niveau d'éducation, présentent souvent une morbidité plus importante. Des conseils de santé doivent pouvoir les atteindre préférentiellement, afin d'éviter certains comportements néfastes pour leur santé.
Le texte est ensuite présenté aux autres médecins du conseil d'administration pour critique et corrections.

Ecriture du scénario de l'émission

Celle-ci se fait en concertation avec le journaliste responsable de l'émission. Nous proposons certaines images ou actions, et il vérifie la faisabilité de nos souhaits.

Tournage

Le « *film-santé* » est créé à partir d'une banque d'images déjà existantes qui illustreront le texte de l'émission, et de nouvelles séquences qui sont tournées dans un cabinet médical avec un patient fictif.

Montage et vision finale

Il nous était toujours possible de modifier le montage final afin de rendre l'émission plus « *claire* », ou d'insister sur le message à faire passer, ou encore de corriger une erreur scientifique éventuelle.

Nous étions de la sorte impliqués dans toutes les étapes de la réalisation de l'émission, et cette collaboration avec Vidéoscope nous a permis de rejoindre notre objectif qui était de diffuser une information simple, pratique et utile directement à nos patients.

Feuilles d'information patients

Le texte des émissions de télévision a d'abord été publié dans des journaux loco-régionaux. Il a ensuite été utilisé comme base d'une lettre d'information à l'adresse des patients, directement accessible à ceux-ci via la salle d'attente. L'avantage essentiel de ce support écrit tenait dans la possibilité d'être consulté à plusieurs reprises. On y trouvait également des « *flashes - santé* » et quelques textes d'actualité. Cette lettre constituait un outil afin de favoriser le dialogue médecin-patient. Ce dernier était invité à parler avec son médecin des sujets exposés et de voir dans quelle mesure ils étaient d'application pour son vécu personnel. Enfin, le médecin avait également la possibilité de remettre directement la lettre au patient, geste plus « *porteur* » qui évitait ainsi à notre lettre d'être noyée dans la salle d'attente au milieu d'autres dépliants.
La mise à disposition d'une nouvelle lettre coïncidait toujours avec l'émission de TV correspondante.

Quelques thèmes développés : les allergies, les brûlures, la dépression, le diabète, la grippe, le mal de dos, les plaies, le soleil, les vaccins de l'adulte, les vaccins de l'enfant

Dépliant « *Généraliste : mode d'emploi* »

Tout le monde parle de nous, généralistes, sauf peut-être... nous-mêmes. Devant ce constat,

Couverture du dépliant « Le Généraliste : mode d'emploi », réalisé par l'UOAD.





l'idée nous est venue de réaliser un dépliant sur « *L'utilisation correcte du généraliste* », afin d'améliorer notre service aux patients tout en améliorant nos conditions de travail (cfr. illustration page précédente).

Nous y présentons d'abord nos deux principales activités, à savoir la consultation et la visite à domicile. Nous insistons sur l'importance de ne pas abuser de cette dernière.

Suit une liste non exhaustive des actes et techniques prestés par le généraliste. De nombreux patients ont été surpris du potentiel de leur généraliste, de son champ d'action très étendu, s'imaginant que seul l'acte intellectuel lui était réservé. Nous abordons également le thème du dossier médical et de son contenu, pour terminer par les activités connexes du médecin généraliste, à savoir la formation continue, le travail en réseau, la collaboration avec d'autres soignants, les campagnes de prévention… Nous insistons ainsi sur le rôle central que joue le généraliste dans la santé de ses patients. Enfin, un volet pratique permet d'indiquer nos coordonnées ainsi que les heures de contact et de consultation.

Un nouveau dépliant sur « *La garde en médecine générale – mode d'emploi* » est en voie de finalisation (cfr illustration ci-contre). Nous y définissons le rôle de garde, les situations qui justifient d'y faire appel, la place de l'hôpital et les modalités pratiques de la garde. Ce dépliant pourra également faire office de feuille de liaison entre médecin traitant et médecin de garde, puisqu'un volet permet d'y noter quelques renseignements médicaux utiles, tels qu'interventions chirurgicales, maladies majeures, allergies et traitement suivi par le patient.

Couverture du dépliant « La garde en médecine générale : mode d'emploi », réalisé par l'UOAD.



Cette nouvelle réalisation permettra d'améliorer le service rendu au patient pendant la garde, car il nous a semblé que de nombreuses zones d'incompréhension subsistaient chez les patients concernant ce volet de la médecine générale.

Les Programmes de dépistage du cancer du sein

Sensibilisés très tôt à la problématique du dépistage, les médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant ont participé à plusieurs projets-pilotes. D'abord à Beauraing, avec les médecins généralistes de l'entité, entre 1989 et 1994, ensuite au niveau de tout l'arrondissement de Dinant entre 1998 et 2001. Suivant en cela les recommandations du Programme « *Europe contre le cancer* », l'option du dépistage de masse organisé a été choisie dans ces deux programmes. Pour les généralistes concernés, c'était un des premiers contacts avec des concepts inhabituels en médecine générale : celui de population et de résultats à long terme. L'omnipraticien ne devait plus apporter les soins les meilleurs possible à un individu, mais induire des comportements préventifs efficaces dans un groupe de population donné.

L'information du groupe de femmes concernées et la communication avec chaque patiente individuellement ont été, au cours de ces deux programmes, des aspects qui ont été l'objet de réflexions et d'actions précises.

La première campagne

Lors du dépistage avec les médecins généralistes de Beauraing, les femmes âgées de 45 à 69 ans, invitées par lettre personnelle, consultaient leur médecin traitant et bénéficiaient d'un examen clinique des seins. Une mammographie était prescrite si l'examen clinique était négatif. Si celui-ci était positif, c'est un bilan sénologique complet qui était organisé. Si la mammographie était négative, les clichés étaient adressés à la patiente et le protocole au médecin traitant. En cas de résultat positif, le médecin recevait les clichés et se chargeait du suivi. La consultante était invitée par courrier à consulter son médecin à ce sujet. Ce modus operandi n'est plus actuellement recommandé, mais il faut se souvenir que nous étions en 1989.

D'emblée, il a semblé aux généralistes locaux que la réussite du programme de dépistage dépendait de l'implication des patientes et des médecins dans cette action. Une bonne information de la population concernée devait être organisée. En effet, elle devait permettre de surmonter ce malentendu entre les attentes des patientes et celles des généralistes. Souvent, ceux-ci n'osent pas proposer ces examens s'il n'y a pas eu une information plus vaste, par peur d'être considéré comme un surconsommateur ou même comme un voyeur. D'autre part, il était important que les femmes de la localité sachent que tous les médecins participaient à une telle action.

Les travaux préparatoires concernant l'information des femmes ont été effectués par les médecins généralistes de l'entité en collaboration avec l'Unité de dépistage du cancer de l'Université Catholique de Louvain et ont consisté à élaborer et à discuter le contenu

- de la lettre d'invitation aux femmes
- du rappel à cette lettre
- des messages de sensibilisation destinés aux médias locaux : radio et journaux
- des contacts avec des associations locales (Vie Féminine, club du troisième âge)
- des contacts avec les paramédicaux de l'entité
- d'affiches d'information

La lettre d'invitation aux femmes et le rappel étaient rédigés sur du papier à en-tête de l'Unité



trop tard
?
non

A l'initiative de l'Unité de Prévention et Dépistage du cancer de l'U.C.L., une campagne de dépistage du cancer du sein est organisée par les médecins généralistes de la région de Beauraing.

Elle concerne les femmes de 45 à 69 ans.

Parlez-en à votre médecin traitant.

Affiche de la première campagne de dépistage du cancer du sein, réalisée en 1989.

de Dépistage et de prévention de l'Université de Louvain et étaient signés par l'ensemble des médecins généralistes de l'entité. Ces lettres sont perçues comme un élément déterminant dans la prise de décision de la patiente à passer une mammographie de dépistage. L'existence de cet en-tête « *officiel* » a régulièrement été citée comme un élément ayant poussé certaines patientes à participer au dépistage. A charge du généraliste de rappeler, le cas échéant, à sa patiente l'existence de cette invitation et d'entamer avec elle une discussion sur l'importance du dépistage du cancer du sein. En indiquant le nom de l'ensemble des généralistes de la localité, on voulait montrer que le programme de dépistage était une initiative coordonnée de l'ensemble du corps médical et envoyer ainsi un message clair et cohérent à la population concernée.

La localité étant bien couverte par des médias locaux (deux journaux et une radio locale) il a semblé intéressant aux généralistes d'utiliser ces moyens pour relayer l'information relative à la problématique du cancer du sein et pour diffuser des messages incitant les femmes à se présenter chez leur médecin traitant en vue de subir un examen de dépistage. L'impact de ces messages sur la participation des femmes n'a pas été évalué.

Les contacts avec les associations locales : les responsables du club du troisième âge de la localité n'ont pas estimé utile de relayer l'information. Il faut cependant noter que le premier contact entre les généralistes de Beauraing et le Centre de dépistage de l'UCL a été favorisé par une réunion organisée par « *Vie Féminine* » sur le thème du dépistage du cancer du sein.

Un courrier a été adressé aux infirmières, kinésithérapeutes et pharmaciens de l'entité. Il a semblé, en effet, que l'information relative à l'importance du dépistage pouvait être utilement relayée par ces prestataires de première ligne.

Des affiches ont été apposées dans les salles d'attente des médecins participants et dans les lieux publics de la localité (commerces, églises, bâtiments publics…) (cfr. ci-contre).

Le financement du programme a été assuré par l'Unité de Dépistage du cancer de l'Université Catholique de Louvain et par l'industrie pharmaceutique.

Au total des six ans de dépistage, 45% des femmes concernées ont subi une mammographie. Neuf cancers invasifs, un cancer micro-invasif et un cancer in situ ont été diagnostiqués.

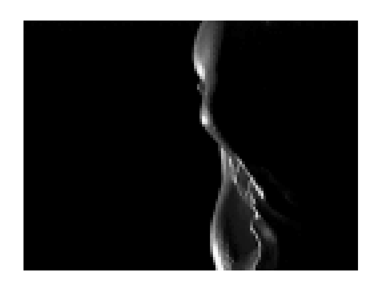
La seconde campagne

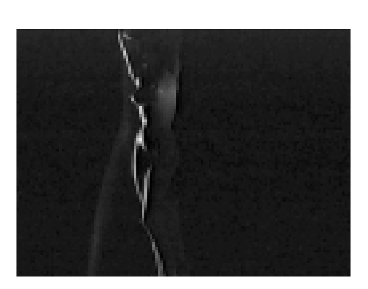
Lors du Programme de Dépistage du Cancer du Sein dans l'arrondissement de Dinant, qui s'est déroulé de 1998 à 2001, l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant s'est entourée de partenaires : le Centre de Référence pour le Dépistage du Cancer du Sein et l'Institut d'Hygiène Sociale de la province de Namur. Le Programme a été soutenu financièrement par le Gouvernement de la Communauté Française de Belgique, la Loterie Nationale, le Programme « *Europe contre le cancer* » et la Fédération belge contre le Cancer. Il concernait les 10.000 femmes âgées de 50 à 69 ans de l'arrondissement de Dinant.

L'information des différents partenaires concernés, médecins généralistes et radiologues,

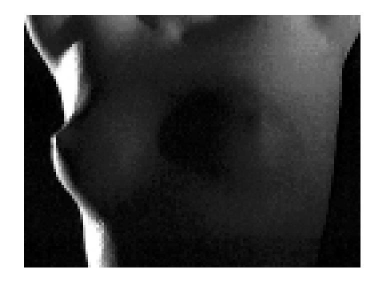


Affiche réalisée dans le cadre de la seconde campagne de dépistage du cancer du sein réalisée en 1998 par l'UOAD et l'IPHS.













Quelques images extraites du spot télévisé réalisé dans le cadre de la seconde campagne de dépistage du cancer du sein 1998 - 2001, par l'UOAD.

a été un aspect particulièrement développé par le Programme. L'utilisation de l'échéancier par les médecins généralistes a été encouragée.

Bien que cela nuise à l'efficacité du dépistage, pour respecter la réglementation INAMI en vigueur, les femmes concernées n'ont pas été invitées par un courrier personnel.

Pour sensibiliser les femmes concernées par le Programme de dépistage du cancer du sein, les médecins généralistes de l'UOAD ont utilisé:
- un spot télévisé de sensibilisation au dépistage du cancer du sein (cfr. illustrations ci-contre),
- des dépliants,
- des affiches.

Le spot télévisé a été réalisé par la chaîne de télévision locale Vidéoscope de Rochefort. Il a été diffusé en boucle pendant 4 périodes de plusieurs semaines réparties sur un an. Le financement de la réalisation et la diffusion ont été entièrement pris en charge par le Programme. L'impact de cette action n'a pas été évaluée. La qualité du travail réalisé a cependant été telle que les droits de cette réalisation ont été achetés par la Province du Brabant wallon et par le « *Programme mammographie* » du Grand-Duché du Luxembourg.

Les dépliants et affiches sont le fruit d'une collaboration entre les services concernés de l'Institut provincial d'Hygiène Sociale de la province de Namur et les médecins généralistes de l'arrondissement de Dinant. L'information a également été relayée par l'organe trimestriel de la province de Namur.

Le bilan du Programme est positif : 3588 mammographies ont été enregistrées et 40 cancers ont été dépistés.
La participation à un tel programme de dépistage de masse organisé a amené les généralistes de l'arrondissement de Dinant à s'engager dans une action de prévention et de santé publique. Ils ont collaboré avec des partenaires inhabituels (Province, Centre de référence…) et ont donné à leur pratique une dimension différente mais scientifiquement valorisante.

Le site internet « uoad.be »

Contexte

La médecine est vue par le public comme toute-puissante. Les patients y voient une solution à tous leurs problèmes. Les spécialisations sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus pointues. Tout cela donne l'impression aux patients qu'une solution doit exister à chacun de leur problème. L'utilisation de l'Internet contribue à cette vision des choses.

A l'heure actuelle, le droit du patient à l'information fait l'objet d'une législation : droit à l'information avant un acte médical, droit à l'accès au dossier médical, droit aux soins de qualité.

Dans ce contexte où le patient fait ses propres recherches, où il est soumis à des examens de plus en plus sophistiqués, où les « *hyper* » spécialistes lui proposent des interventions de plus en plus complexes, la transmission d'une information devient un problème de plus en plus sensible.

Dans cette perspective, le médecin de famille, généraliste par essence, peut et doit garder un rôle de médiateur dans l'information. Il connaît les besoins de ses patients, leurs angoisses. Il fréquente les familles depuis leurs débuts, il est au courant des problèmes qui sous-tendent les questions, les recherches d'information.

Le rôle central du médecin généraliste dans l'organisation des soins est reconnu depuis longtemps par les familles et, plus récemment, par le pouvoir politique. La fonction de « *traducteur* » de l'information est également liée à ce rôle.

Demandes du patient

La première demande du patient est fonction de son angoisse. Quand un problème de santé relativement sensible se présente, le patient ne parlera de celui–ci qu'auprès d'une personne de confiance. Autrement, il fera sa recherche de manière anonyme au travers d'un canal tel que l'Internet ou une revue qu'il trouvera aisément.

Que ce soit dans l'Internet, dans les revues de diffusion massive ou encore dans les médias, les informations sont livrées de manière brute. Sans discrimination. Sans esprit critique.

La demande d'information sera comblée mais l'angoisse persistera en cas d'informations contradictoires.

Il arrive très régulièrement que le patient nous présente ces informations. Il demande que nous lui expliquions ces « *informations* ». Le travail d'interprétation et d'explication du professionnel sera d'autant plus ardu que le canal d'information est vécu comme sûr par le patient (exemple du média télévisuel).

Lorsque l'information est validée par un professionnel, elle atteint alors sa pleine puissance dans l'accompagnement du patient qui se soumet à un examen, qui présente une maladie particulière, qui suit un traitement difficile.

Offres d'Information

Les offres d'information sont très, voire trop nombreuses.
- Radio, télévision.
- Journaux tels que quotidiens, hebdomadaires.



- Revues distribuées en toutes-boîtes, revues distribuées dans les pharmacies.
- Informations créées par des organismes spécialisés à destination des patients via les médecins, les hôpitaux, les mutuelles.
- Livres vendus en librairies
- Internet;
  - Les moteurs de recherche d'information qui scrutent l'ensemble de la toile renvoient de très multiples liens lors de recherche sur un mot ou une association de mots.
  - Ces mêmes moteurs de recherche ne renvoient en général pas sur les sites spécialisés à caractère médical pur (Medline par exemple). Pour accéder aux informations reprises par ces sites, il faut en général connaître leur adresse et ensuite passer par leur propre moteur de recherche. Il s'agit là, en général, de recherches réservées aux professionnels.
  - De plus en plus de sites sont construits par des associations de médecins, généralistes ou spécialistes, à destination de leur association, et/ou de leurs patients.

L'Internet

L'Internet est donc une mine d'or pour celui qui a pris l'habitude de sélectionner ses sources. Cependant, pour le non-initié, il est source d'erreur, de mauvaises interprétations. Il n'y a aucune assurance sur le contenu. La facilité avec laquelle on peut glisser une information donne une occasion inespérée aux « *illuminés* » de tous bords d'avoir une audience sans limite. Ce canal n'est pas encore utilisé par tout le monde. Si le téléphone, la télévision se retrouvent dans toutes les maisons, ce n'est pas encore le cas de l'ordinateur, des modems et des connections au net.
Cependant, vu le potentiel gigantesque que représente ce média, on peut raisonnablement penser qu'il aura une audience maximale dans les années qui viennent. En effet, via le câble des télédistributeurs, via l'apprentissage des plus jeunes à l'école, l'Internet se retrouvera à terme dans la plupart des maisons. On ira sur le Web pour trouver un numéro de téléphone, le médecin de garde, une information pour l'élocution scolaire, une heure de train, une recherche et puis une réservation de vacances. Bref, il n'y a guère de limite.

L'UOAD sur l'Internet

On a rappelé plus haut le risque d'une information contradictoire ainsi que le rôle de confiance que le Médecin de Famille peut jouer dans ce contexte.

L'UOAD, Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant, a réfléchi au problème dès l'année 2000. Notre association qui a une mission essentiellement scientifique, mais qui assure également une représentativité des généralistes dans les structures sanitaires locales, a voulu se positionner sur la toile. Il nous est apparu important de développer un site, connu de nos patients, qui rassemble des informations qui nous semblent pertinentes : dédramatiser l'information en la validant.

Il se veut une référence pour les patients mais aussi un point de rencontre pour les médecins généralistes et spécialistes (cfr. illustration ci-contre).

Les fiches d'information

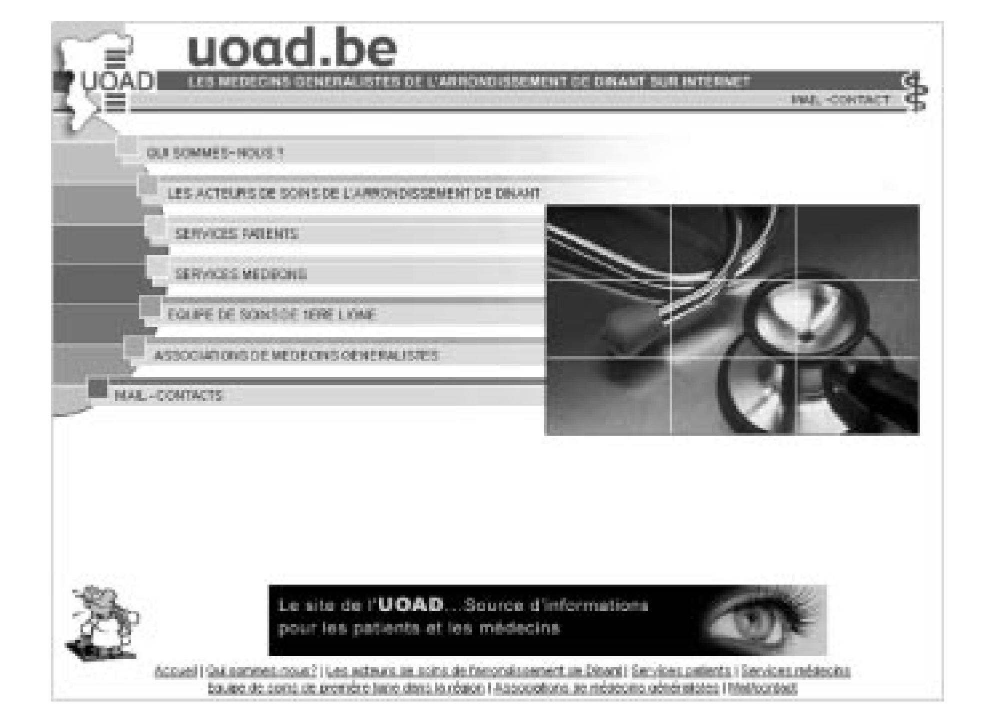
Avec l'expérience de l'écoute, nous connaissons les demandes les plus fréquentes de nos patients, leurs angoisses et leur recherche d'informations concernant certaines maladies. C'est ainsi que le site met à leur disposition une « *bibliothèque* » de fiches d'information (voir page suivante). Nous avons fait appel au « *Centre d'Education du Patient* » établi à Godinne pour étoffer largement notre bibliothèque.

Ces fiches sont gérées par un système de base de données dynamique : elles se retrouvent incluses sur le site comme une fiche se retrouve dans le tiroir d'une grande bibliothèque. On les retrouve grâce à un système de classement. Les fiches sont répertoriées dans de grandes catégories : nouveautés, médecine, chirurgie, examens techniques, traitement et diététique, administratif.

Après avoir présélectionné une catégorie, il est possible de trouver la fiche en utilisant l'un des trois modes de recherche :

1. par système (système respiratoire, système cardio-vasculaire, …),
2. par zone du corps atteinte (tête, cou, abdomen…),
3. par mots-clefs (cœur, migraine, vésicule…).

http://www.uoad.be






Formulaire médico social

QUESTIONNAIRE

Quelques fiches disponibles sur le site de l'UOAD parmi un très grand choix et téléchargées au format PDF (information - formulaires - renseignements,...)



Cette base de données à trois entrées de recherche fournit des fiches dont on connaît l'auteur. Il est capital qu'une information soit identifiée par son auteur. Nous avons souhaité d'autre part une certaine interactivité : le surfeur peut donner son avis sur la fiche. Ce « *retour* » rend l'information critiquable et donc plus valide.

Les fiches, écrites en format PDF, peuvent être lues « *en ligne* », être téléchargées et imprimées. Le format PDF présente un affichage universel dans la mesure où le programme (Acrobat Reader) nécessaire à son affichage est disponible gratuitement sur Internet. Une fois chargé sur l'ordinateur, le surfeur l'utilise à sa guise pour afficher et imprimer tout fichier écrit dans ce format.

Le Médecin de Famille connecté à l'Internet pendant sa consultation peut imprimer ces fiches en ligne et, en les commentant éventuellement, les remettre à son patient.

Il faut savoir que le système mis en place est souple : nous pouvons facilement enlever une fiche (comme on le ferait dans le tiroir de notre bibliothèque) et la remplacer par une fiche actualisée. Cette possibilité est due à la construction sous forme de base de données « *dynamique* »; les informations ne sont pas « *vissées* » au site.

Autres recherches

D'autres informations sont mises à la disposition de nos patients : affichage des gardes de médicales et recherche de prestataires de la première ligne.

Garde médicale : le patient peut retrouver, en renseignant la commune où il se trouve, les coordonnées du médecin de garde de cette commune. Les rôles de garde sont gérés par chaque responsable au moyen du site « *uoad.be* » : à date fixe, les 12 rôles de garde sont communiqués de manière automatique à tous les médias qui les renseignent.

Recherche d'un prestataire de soins de la première ligne : cette fonctionnalité est accessible aux patients et aux prestataires de soins. Chaque jour, dans le cadre de notre travail, nous sommes à la recherche d'autres prestataires de soins de la première ligne : infirmière, kinésithérapeute, pharmaciens, psychologues... Grâce à l'introduction de paramètres dans plusieurs fenêtres de recherche, nous pouvons obtenir les coordonnées des prestataires qui répondent aux critères sélectionnés. Chaque prestataire a l'occasion de remplir sa fiche en ligne. Il peut, via un accès sécurisé, la modifier en ligne. On retrouve ici le même principe de base de données dynamique qui ne fige pas les données. Ceci est fondamental dans la gestion de la qualité de l'information : elle doit rester valide et donc modifiable.

Les liens : nous renvoyons également vers deux sites de vulgarisation médicale dont nous avons vérifié le sérieux ; un premier site décrit de façon très agréable les divers systèmes anatomiques du corps humain et un second renvoie des explications bien faites sur une multitude de termes médicaux. Enfin, nous renseignons un site consacré aux maladies rares et un second renvoi vers les associations de patients.

Partie réservée

Dans une autre partie du site, accessible aux seuls prestataires de soins, l'accès vers plus de détails à propos des prestataires permet à ceux-ci de mieux se connaître et donc de mieux travailler ensemble. Les médecins ont accès à des fiches techniques plus élaborées, répondant à leurs besoins propres. Les médecins spécialistes, acteurs de la seconde, voire de la troisième ligne (centre de médecine de pointe - universitaires ou non -) sont renseignés, permettant au généraliste de retrouver le thérapeute spécialisé recherché. Le médecin spécialiste a accès à sa propre fiche et peut également retrouver les acteurs de la première ligne. Ceci a son importance dans la gestion des données (rapports des spécialistes) du patient. Un accès sécurisé permet aux services d'urgences hospitaliers d'avoir accès à des données permettant ainsi une meilleure communication avec le médecin de famille.

Conclusion

Persuadée du fait que les relations médecin - patient ont tout à gagner d'une information médicale sérieuse, claire, pratique, à la portée de chaque patient, l'UOAD s'est engagée depuis plusieurs années sur la voie de la communication et souhaite encore développer cet aspect de ses activités par l'intermédiaire d'un site internet ouvert aux patients, pour le plus grand bien des patients... et des médecins. ■

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002



Vous me mettrez un peu de santé publique : avec ou sans généraliste ?

par Jean Laperche (1), Dominique Pestiaux (2) Carl Vanwelde (3)

Apprendre à réfléchir à l'ensemble de sa patientèle est une démarche de Santé Publique à part entière à l'échelle de chaque médecin généraliste. Situer ce patient-là, à la fois comme sujet unique dans son histoire singulière et comme individu appartenant à un sous-groupe de la patientèle présentant un risque particulier de développer telle maladie, demande au médecin généraliste d'élargir son cadre habituel de pensée, de passer du modèle biomédical centré sur l'organe malade au modèle social et global centré sur la personne dans son environnement.
Proche de la Santé Publique pour les recommandations à « ses » patients en bonne santé, le médecin généraliste est à la croisée des chemins de la santé et de la médecine. Il y découvre l'éducation du patient comme un élément de la thérapeutique, améliorant la compliance et la relation, pour l'épanouissement de chacun.

Mots-clés : Belgique, Médecin généraliste, Santé publique, Promotion de la santé, Education pour la santé, Education du patient.

Où la santé est-elle créée ?

L'évolution rapide des systèmes de santé porte généralement la marque de la nécessaire efficacité en terme de coût / résultat. La question Où la santé est-elle créée ? n'y échappe pas et nous interpelle sur le lien entre l'élaboration de nouvelles stratégies de santé publique et la nécessité de réorienter les services de soins actuels. Tous les jours, des choix sont posés qui ont des répercussions sur notre santé. Que pouvons-nous faire, individuellement ou collectivement, pour améliorer notre bien-être ? Si la promotion de la santé vise à encourager les gens et les communautés à faire des choix plus sains au quotidien, elle envisage aussi de réorienter les services de santé pour faciliter ces choix. La prévention de la maladie et l'organisation de soins de santé primaires proposent la collaboration d'un certain nombre d'intervenants médicaux, parmi lesquels le médecin généraliste.

Des termes à bien comprendre

Aujourd'hui, peut-on encore concevoir la santé publique sans les généralistes? Certains bons esprits l'estiment en toute bonne foi et, pour les comprendre, un essai de redéfinition des termes utilisés est utile [1].

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [2]. Elle représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. Elle est d'essence essentiellement communautaire, visant à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et ainsi de l'améliorer. Elle propose aussi de réorienter les services de santé pour faciliter ces processus.

La participation de l'ensemble de la population y est essentielle et certains experts pragmatiques estiment que le passage par un corps médical centré sur le curatif, dans lequel sont englobés les médecins généralistes, peut constituer un obstacle à une politique de promotion de la santé efficiente.

Ce jugement rapide et somme toute assez réducteur se voit toutefois nuancé par de récentes études [3] qui, au contraire, estiment que la proximité et la crédibilité d'un réseau de soins de santé primaire sont indispensables à l'impact des recommandations de santé publique et en améliorent l'application.

(1) Médecin généraliste à la Maison Médicale de Barvaux. Maître de Conférence invité à l'UCL, fondateur et responsable du programme Agir Ensemble en Prévention de la Fédération des Maisons Médicales, membre de l'Institut de Médecine Préventive de la SSMG.
Rue des Combattants, 43
B-6970 Wéris
Tél. : ++32 (0)86 21 27 16
Fax : ++32 (0)86 21 83 48
E-mail : « jean.laperche@cumg.ucl.ac.be »

(2) Professeur, Centre Universitaire de Médecine Générale de l'UCL
5360, Tour Pasteur avenue E. Mounier, 53
B-1200 Bruxelles.
Tél. : ++32 (0)2 764 53 44
Fax : ++32 (0)2 764 53 27

(3) Professeur, Centre Universitaire de Médecine Générale de l'UCL
5360, Tour Pasteur avenue E. Mounier, 53
B-1200 Bruxelles.
Tél. : ++32 (0)2 764 53 44
Fax : ++32 (0)2 764 53 27

Merci aux relecteurs du CUMG : Pr. Dominique Paulus et Dr. Pierre Chevalier et Mme Françoise Cerexhe, infirmière.



Carton d'inscription « Passeport Liberté », dépliant et affiche réalisés dans le cadre de l'« Action Patch gratuit » organisée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé en Région Wallonne fin 2003, début 2004.



Discipline plus récente, l'éducation pour la santé comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, sur les différents facteurs et comportements à risque, ainsi que sur une utilisation optimale du système de santé. Le rôle qu'est appelé à y jouer le médecin généraliste, y apparaît indispensable et, selon toute vraisemblance, amené à se développer dans l'avenir. Encore faut-il que celui-ci assume pleinement son rôle, qu'il en perçoive l'intérêt, qu'il puisse se former et disposer des moyens adéquats.

Une santé publique en mutation

Les premiers programmes de santé publique sont nés dans notre pays il y a plus de cinquante ans pour répondre à des besoins essentiels mal couverts : lutte contre la tuberculose, accès aux soins pour les jeunes mamans et leurs enfants, accidents de travail, etc. Les réponses individuelles des médecins étaient insuffisantes et les programmes de santé publique indispensables. Organisés de manière verticale pour répondre chacun à un problème de santé précis, ces programmes sont mal adaptés pour les problèmes d'aujourd'hui : vieillissement de la population avec des polypathologies chroniques, pathologies dont les déterminants sont souvent comportementaux (alimentation, exercice physique, stress, mal-être...), comportements à risque pour les maladies sexuellement transmissibles, les accidents ou les assuétudes.

Dans la littérature sur la promotion de la santé est ainsi récemment apparue une distinction entre la santé publique et une nouvelle santé publique [4], afin de mettre l'accent sur des démarches nettement différentes à l'égard de la description et de l'analyse des déterminants de la santé, et des méthodes utilisées pour résoudre les problèmes de santé publique. Cette nouvelle santé publique se caractérise par le fait qu'elle repose sur une compréhension globale des façons dont les modes de vie et les conditions de vie déterminent l'état de santé, et sur une prise de conscience de la nécessité de dégager des ressources et de faire de bons investissements dans des politiques, des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé en favorisant des modes de vie sains et en créant des environnements favorables à la santé.

La notion de santé publique écologique a également fait son apparition dans la littérature. Elle vise à tenir compte de l'évolution des questions sanitaires et de leur interaction avec de nouveaux problèmes mondiaux d'environnement. Ces derniers comprennent des risques écologiques mondiaux tels que la destruction de la couche d'ozone, une pollution sauvage et effrénée de l'air et de l'eau, et le réchauffement de la planète. Ces évolutions nouvelles ont des effets considérables sur la santé, qui se dérobent souvent aux modèles simples de causalité et d'intervention.

La santé publique écologique met l'accent sur les moyens d'action communs qui permettent d'assurer la santé et un développement durable. Elle est axée sur les déterminants économiques et environnementaux de la santé, et sur les moyens par lesquels on devrait orienter les investissements économiques pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé de la population, une plus grande équité en matière de santé et une utilisation viable des ressources.

Les exclusions des plus démunis dans nos sociétés rendent en effet ceux-ci plus vulnérables aux problèmes de santé. Aujourd'hui comme hier, la santé dépend toujours tout autant des conditions sociales de la vie quotidienne (logement, emploi, fragilité des liens sociaux) que des déterminants strictement sanitaires.

Une approche globale pour des soins de santé cohérents

Les médecins généralistes et autres professionnels de santé de première ligne apparaîtront-ils enfin comme indispensables au maintien et à l'amélioration de « *la santé de toute la population* » (= la santé publique) ? On peut espérer une prise de conscience plus profonde qu'une revendication professionnelle ou un souhait de maîtrise des dépenses publiques. Cette prise de conscience signe la nécessaire cohérence indispensable à toute organisation des soins de santé : accorder une priorité effective aux contacts de chaque citoyen avec les professionnels proches de lui librement choisis et investis d'une confiance réciproquement construite. C'est une condition nécessaire à l'efficacité de la médecine : les recommandations, les techniques ou les



Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002

médicaments ne deviennent un réel progrès que s'ils sont déclinés dans une communication respectueuse interpersonnelle inscrite dans le contexte de la vie quotidienne de chaque personne (= l'éducation du patient). Relation inscrite aussi dans la longueur du temps qui permet à chacun de s'adapter, de modifier si nécessaire son comportement et où le généraliste est incontournable. La médecine de famille prend ici tout son sens. Encore faut-il qu'elle applique à chaque patient les recommandations justifiées sur un plan scientifique, explicitées clairement et appliquées avec mesure.

Le médecin de famille qui reçoit une patiente de 66 ans et qui, sur des critères scientifiques rigoureux lui donne des conseils en relation avec la prévention de l'ostéoporose, investigue son calendrier de vaccination, vérifie le statut, s'assure de la réalisation d'un mammotest pour le dépistage du cancer du sein, etc... consacre un temps utile et probablement efficient à la personne tout en ayant une vision éducative et de santé publique. Ceci sans évoquer le risque cardio-vasculaire global dont le tabagisme, le diabète, l'alimentation, l'activité physique, etc…

Jusqu'où proposer des mesures préventives ? Comme les résultats ne seront pas visibles, la seule réponse valable est de limiter les interventions aux actions de dépistage qui ont prouvé sans équivoque les bénéfices que l'on peut en attendre. C'est le rôle d'un programme de formation des futurs généralistes élaboré par le CUMG de l'UCL, qui reprend les données actuellement documentées scientifiquement dans le champ de la prévention. Outil de formation destiné à l'apprenant, il a nécessairement une dimension évolutive dépendant des publications nombreuses et qui doivent être analysées en envisageant non seulement la signification statistique des résultats mais aussi la signification clinique de ceux-ci.

La santé de chacun et de tous peut donc s'améliorer si le généraliste, scientifique de proximité, y joue pleinement son rôle : dans la rencontre, chaque fois unique, de chaque patient en l'écoutant, l'accompagnant pour proposer ou adapter ces recommandations. Une double difficulté peut apparaître : identifier d'une part ce patient dans sa singularité et dans sa pluralité d'appartenir à un groupe à risque particulier et d'autre part, adapter les recommandations valables pour un groupe à ce patient particulier. Le modèle de soins centré sur le patient (Moira Stewart) est à cet égard celui qui répond le mieux à cette double difficulté et qui répond à la demande des patients qui dans les enquêtes expriment leurs attentes d'une éducation pour la santé d'abord proposée par le médecin, ensuite favorisée par l'utilisation de brochures d'information. Les attentes prioritaires des patients envers les généralistes sont d'abord d'être écoutés, de recevoir des explications et des réponses aux questions. Ne pas se limiter aux soins curatifs et offrir aussi des soins préventifs [5]. Maillon essentiel de chaque programme de santé en contact direct et personnalisé avec chacun, le généraliste assure le succès ou non des recommandations. C'est le quotidien de la médecine générale que d'adapter à chacun les guidelines construits pour tous et d'enrichir, à l'occasion, ces guidelines, par le témoignage, aux promoteurs de ces programmes, des réalités vécues par chaque patient.

La santé publique à l'échelle de la médecine générale

Jusqu'à présent, les généralistes n'ont pas été formés à une approche « *santé publique* ». Vouloir donner une réponse curative immédiate à l'expression d'une souffrance n'aide pas nécessairement à comprendre ce qui ne va pas. Ce qui ne va pas peut être multiple: « *Mon enfant tousse toujours la nuit, alors que je le couvre bien et que je ne lui donne plus d'aérosol le soir…* » Après avoir expliqué autrement comment utiliser l'aérosol, quand cette maman sera-t-elle prête à ce que nous puissions parler aussi du tabac ? Et parler d'elle aussi qui « *couv(r)e bien ses enfants* »…

Dans ma patientèle, est-ce que ce problème est fréquent, grave ? Qu'est-ce que moi, je peux y faire ? A qui puis-je parler de tous ces enfants qui toussent et de leurs parents qui fument ? De leurs parents stressés ? Du quotidien de toutes ces familles…

Réfléchir à l'ensemble de sa patientèle est une démarche de santé publique à part entière à l'échelle de la médecine générale. Mieux connaître sa patientèle en l'objectivant : qui sont mes patients actuels ? Surtout des jeunes parents et leurs enfants ? Surtout des personnes âgées ? Quelle proportion de sans-logis ? etc.… Et quand une équipe mono- ou pluridisciplinaire de généralistes en fait un sujet de rencontre, cette démarche peut devenir une action de santé, efficace et mesurable. Action de santé qui peut s'enrichir par la prise en compte de critères de qualité validés pour les soins de santé primaires : efficacité, subsidiarité, équité, systématisation, satisfaction de tous, etc... Parfois, ces généralistes rencontrent d'autres professions et d'autres institutions qui s'intéressent-elles aussi à ces patients vivant ce problème : ONE, planning familiaux, etc. Se tisse alors un réseau de santé communautaire, autre volet de la santé publique.

A ce jour, des démarches structurées d'éducation du patient se sont surtout développées dans quelques services hospitaliers où les généralistes n'y ont pas de place. En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité propose des conventions de rééducation fonctionnelle, dans lesquelles la dimension éducative est présente. Ces conventions concernent quelques pathologies chroniques : le diabète (enfants et adultes), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, la



revalidation cardiaque, la mort subite du nourrisson et la mucoviscidose. Ces conventions entre l'Assurance Maladie et les hôpitaux fixent un cadre de fonctionnement au niveau du personnel (médecin référent, infirmières, diététiciennes,...) au prorata du nombre de patients suivis. Les personnes ressources doivent être clairement identifiées et se réunir régulièrement en pluridisciplinarité. L'organisation doit être explicite. Des évaluations sont prévues en interrogeant médecins, personnel, patients…

Des conditions de succès pour des actions de prévention et d'éducation du patient en médecine générale

Des actions de santé publique en médecine générale, des démarches éducatives d'abord informelles et ensuite structurées et mesurables se réalisent quotidiennement par des généralistes dans notre pays. (Un autre article de ce Bulletin présente un aperçu de ces réalisations et une méthode adaptée à la médecine générale : agir ensemble en prévention.) Réaliser concrètement ces actions suppose la volonté de réussir et demande de réunir des conditions favorables. Ces conditions sont actuellement en débat dans un groupe de travail de généralistes, à la demande de la Ministre de la santé en Communauté française de Belgique.

Vous avez dit conditions de succès ? Une synthèse en 13 clés :

- encourager les démarches volontaires;
- analyser les obstacles rencontrés;
- garder une rigueur scientifique des priorités et des démarches retenues pour lesquelles des mesures préventives ou éducatives ont prouvé leur efficacité;
- rencontrer les attentes des patients : oser faire des propositions de santé dans une prise en charge globale;
- écouter, expliquer, soutenir les démarches déjà initiées par les patients;
- utiliser activement un échéancier avec envoi de lettres de rappel l'informatisation des dossiers médicaux et l'expérience du DMG (Dossier Médical Global) en Belgique sont des moyens indispensables pour mieux connaître la population–cible (dénominateur) de l'action de santé;
- informatisation des dossiers médicaux et l'expérience du DMG en Belgique sont des moyens indispensables pour mieux connaître la population-cible (dénominateur) de l'action de santé;
- viser une approche pédagogique positive et à court terme : par exemple, pour le tabac, proposer comme objectif une amélioration rapide de la respiration;
- travailler à plusieurs : médecins généralistes et autres professionnels; la pratique de groupe ou en réseau est, à cet égard, un moyen pertinent pour améliorer la qualité de l'éducation au patient et des actions de santé publique;
- être aidé par des structures d'appui : professionnelles et pédagogiques;
- structurer les tâches à effectuer et mesurer autant le chemin parcouru que les résultats obtenus. Ce qui permet d'adapter, de réorienter si nécessaire ces tâches;
- se découvrir d'autres compétences (pédagogiques, e. a.) et apprivoiser des outils : échéancier, dépliants, fiches prévention…;
- reconnaître le supplément de travail et avoir une aide administrative et financière.

Conclusions

Un partenariat créé avec le patient dans le cadre d'un colloque singulier est déjà un moyen privilégié d'éducation à la santé si chaque rencontre est utilisée pour intégrer une information rigoureuse et attentive au vécu du patient, proposer une éducation à la santé basée sur des données scientifiques de qualité et, en conséquence, améliorer la compliance et l'usage rationnel des soins de santé.

On peut également faire l'hypothèse qu'une information soucieuse de l'autre conduira à une utilisation plus judicieuse de la technologie et des médicaments en valorisant l'acte intellectuel comme outil de qualité des soins. Encore faut-il que le médecin de famille se sente reconnu pour cette tâche et… rémunéré à cet effet.

Le médecin doit aussi apprendre à faire passer un message, qu'il soit préventif ou curatif. Le contenu du message doit, bien sûr, être correct et actualisé. Cela nécessite, pour le médecin, d'avoir clarifié, actualisé et validé ses connaissances. Mais le message doit aussi répondre aux questions, désirs, peurs et attentes du patient. Tout ceci nécessite un apprentissage que le médecin ne peut plus faire seul actuellement. Une formation adéquate et une collaboration interdisciplinaire sont essentielles dans ce domaine.

Encourager de manière systématique le patient à prendre un rôle plus actif dans sa santé est une façon pour le médecin généraliste de s'insérer dans une démarche communautaire de santé publique qui ne soit plus centrée sur la seule approche curative, technique et hospitalocentriste.

Initier et favoriser une «culture santé publique» en médecine générale demande une (r)évolution de notre manière de voir la médecine. Oui, le patient est unique et le colloque singulier est un moment intense de rencontre, à la fois humaine et scientifique. Mais le changement en cours est la transformation

Bibliographie.

DELPIERRE V., LAPERCHE J., La Prévention, côté soignants-côté patients, D'après les rapports de recherche «Education pour la Prévention» (ULB, 1993) de A. Levêque et J. de Roubaix. Revue Education Santé, Juin 1994; 88: 9-14.

Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé http://www.who.int/hpr/archive/docs/glossary_fr.pdf

GOSSELAIN Y., LAPERCHE J., PREVOST M., Agir ensemble en prévention: sens et naissance d'un projet d'accompagnement au sein des maisons médicales, Santé Conjugée, octobre 1999; 10: 46-48.

LEVÊQUE A., BERGHMANS L., LAGASSE R., LAPERCHE J., PIETTE D., Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique, Arch Public Health, 1997 ; 55: 145-158.

Ministère de la Communauté Française de Belgique, Faciliter la prévention en médecine générale, document de travail inédit.

PESTIAUX D., VAN THUYNE D. ET COLL., Référentiel des stages de médecine générale, CUMG - UCL, Bruxelles, mai 2002.

ROLAND M., PREVOST M., JAMOULLE M., L'assurance de qualité et le médecin de famille, Arch. Public Health, 2001 ; 59:1-28.



du rôle du médecin centré sur l'organe malade (suivant le modèle biomédical fermé) en un accompagnement global d'une personne à la fois dans sa singularité et sa pluralité pour plus de santé (modèle holistique ouvert). Le défi qui se présente au généraliste est de pouvoir concrètement accompagner toutes les personnes qui le choisissent librement et de pratiquer la gymnastique intellectuelle et relationnelle UN et TOUS, ainsi que TOUS pour UN : réaliser des aller-retours permanents pour ce patient dans sa singularité et dans sa pluralité d'appartenir à un groupe à risque particulier et d'autre part, adapter les recommandations valables pour un groupe à ce patient particulier.

Aujourd'hui, la dimension spirituelle de la santé est en outre de plus en plus reconnue. La récente Charte d'Ottawa [6] mentionne ainsi certaines conditions préalables à la santé telles la paix, des ressources économiques suffisantes, des aliments et un logement appropriés, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. L'observation des liens inextricables qui existent entre la situation sociale et économique d'un patient, son environnement physique, les modes de vie individuels et la santé ont de tous temps été une des premières observations cliniques du médecin généraliste, intégré mieux que quiconque au milieu de vie de ses patients. Ces liens sont la clé d'une compréhension globale de la santé et confèrent au médecin de famille une responsabilité à la fois médicale et citoyenne unique, centrale dans le paysage de la santé publique. ■

Glossaire

Promotion de la santé
La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. [7] La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

Soins de santé primaires
Les soins de santé primaires sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter. [8] La Déclaration d'Alma Ata souligne également que chacun devrait avoir accès aux soins de santé primaires et y participer. La démarche des soins de santé primaires comprend les éléments essentiels suivants : équité, participation de la communauté, intersectorialité, caractère approprié des technologies et accessibilité économique.

Prévention de la maladie
La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. [9] La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.

Education pour la santé
L'éducation pour la santé comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés. L'éducation pour la santé concerne non seulement la communication d'informations, mais également le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé. L'éducation pour la santé comprend la communication d'informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. En conséquence, l'éducation pour la santé peut consister à communiquer des informations et à transmettre des aptitudes, ce
qui démontre la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de différentes formes d'action visant à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. ◻

Pour en savoir plus :

PIETTE D., Mettre à profit la consultation de médecine générale, Cahier du GERM, 1985; 186.

CFES, L'Education pour la santé en médecine générale, Séminaire de l'université d'été, Mialaret, juillet 1996.

Références bibliographiques

[1] Glossaire de la promotion de la santé , Organisation mondiale de la santé, Genève, http:// www.who.int/hpr/archive/docs/ glossary_fr.pdf

[2] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

[3] Starfield. Primary care : balancing health needs, sevices and technology, University press, Oxford,1998.
«International evidence indicates that health systems based on effective primary care with highly-trained generalist physicians (Family Doctors) practising in the community, provide both more cost effective and more clinically effective care than those with a low primary care orientation.»

[4] Glossaire de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, http://www.who.int/ hpr/archive/docs/glossary_fr.pdf.

[5] GROL R. ET AL, Patients' priorities with respect to general practice care : an international comparaison, Family Practice, 1999; 16.

[6] Référence : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

[7] Référence : Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986.

[8] Référence : Déclaration d'Alma Ata, OMS, Genève, 1978.

[9] Référence : adapté du Glossaire de la série « Santé pour tous ». OMS, Genève, 1984.





Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action

par Gwénola Levasseur (1)

Mots-clés : France, Réseaux, Education du patient, Partenariat, Coopération, Management.

On assiste actuellement en France à une multiplication des réseaux et des projets d'éducation pour la santé. De par sa place dans le système de santé et sa fonction le médecin généraliste peut se laisser séduire par une implication dans de tels projets qui recouvrent des réalités différentes. Ces projets prennent sens dans un contexte démographique, épidémiologique, géographique et réglementaire donné. Leur complexité vient du fait qu'ils mettent en jeu dès leur développement outre les promoteurs de départ, des financeurs, d'autres professionnels, les tutelles, etc. L'accord initial sur des objectifs de départ ne suffit pas pour mener à bien ces projets. Ils supposent, outre une évaluation réaliste des besoins et du contexte, une réflexion sur l'ajustement des pratiques, la négociation et le partenariat, le management et les complémentarités recherchées.
L'objet de cet article est de proposer aux généralistes des pistes de réflexions sur les conditions préalables à l'action.

(1) Docteur, Maître de conférence associée de médecine générale, Faculté de Médecine, avenue du Pr. Léon Bernard, 2, CS-34317 Rennes Cedex
Tél. : ++33 223 234 575
E-mail : gwenola.levasseur@wanadoo.fr

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002

Le contexte

On assiste actuellement à une « *transition* » épidémiologique caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques : maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficits cognitifs, cancers, etc. [1] Toutes ces pathologies ont une caractéristique commune : elles se traitent au long cours dans la communauté. Les traitements et surveillances qui auparavant se faisaient à l'hôpital sont actuellement possibles en médecine ambulatoire. Une première conséquence de ceci est la modification de l'équilibre entre soins hospitaliers et soins de ville. Il s'ensuit une nécessaire réflexion sur les missions et prestations de chacun. Ce nouvel équilibre à trouver renvoie à la notion de réseaux que l'on peut imaginer capables de répondre aux impératifs de coordination et de coopération.
Une seconde conséquence est la dimension particulière prise par l'observance. Certes, le respect des prescriptions par le patient n'est pas une préoccupation nouvelle dans l'exercice de la médecine ni dans celui de la santé publique [2]. Mais la dimension éducative de la prise en charge de ces patients est aujourd'hui un enjeu incontestable pour la qualité et le bon usage des soins.
En France, le médecin généraliste travaille de façon autonome et est payé à l'acte, selon son activité [3]. Pour autant, il ne travaille pas seul. Comme les autres professionnels de santé de ville, il a ses propres réseaux spontanés de confrères et de professionnels, réseaux qui lui sont personnels et donc non formellement définis. Mais le généraliste peut aussi s'engager dans d'autres réseaux, différents en ce qu'ils sont partagés entre plusieurs professionnels et qu'ils sont définis par un statut et des règles du jeu explicites. Ces réseaux sont complémentaires des réseaux spontanés personnels. Leur point commun est qu'ils sont fondés sur la confiance entre des professionnels de santé qui choisissent de travailler ensemble. La différence est que les réseaux formalisés sont en principe définis à partir d'objectifs et de règles explicites. Ils constituent ainsi une forme partagée d'organisation du travail [4].
Aujourd'hui de multiples occasions sont ainsi offertes au médecin généraliste de sortir de son exercice individuel : réseaux de soins, réseaux de santé, réseaux régionaux de prévention, projets de promotion de la santé, d'éducation du patient, etc.
Les avantages potentiels à l'inscription dans un projet d'éducation du patient ou dans un réseau sont nombreux. On peut par exemple penser qu'il s'agit là d'une occasion de sortir d'un exercice professionnel isolé, de mutualiser un certain nombre de moyens (système d'information, secrétariat de coordination, etc.), de mieux connaître les autres professionnels et leurs fonctions, d'entrer dans de nouveaux espaces de débat et de coordination, d'élargir un champ de compétence et d'activité, etc. D'une certaine façon, ces avantages peuvent s'inscrire dans un registre que l'on pourrait qualifier en reprenant l'expression de F. Bouchayer [5] de « *réenchantement de la pratique* ».



L'enthousiasme aidant, le risque peut être grand de penser ces activités « *nouvelles* » comme un prolongement naturel des activités professionnelles « *normales* ». Il peut s'ensuivre un important investissement consenti en travail et en temps pour un résultat au final décevant.

Avant l'action un temps de réflexion s'impose

Pour prévenir un certain nombre de désillusions, voire un investissement «à perte» il importe de se donner le temps d'analyser les conditions qui vont rendre possible, efficient et durable un travail d'éducation du patient ou un travail en réseau. Ces conditions sont nombreuses mais nous n'en retiendrons que quelques unes : une évaluation réaliste des besoins et du contexte, la constitution d'une équipe, le management du projet, l'analyse de sa place dans le système local de santé et la question du partenariat. Ces conditions ont été choisies parce qu'elles interrogent les habitudes des médecins, qu'elles les obligent à une réflexion non seulement sur leur place dans le système de santé, mais également sur la coordination et l'articulation des différents professionnels, enfin parce que l'on peut penser qu'il s'agit là d'éléments clés pour les changements annoncés de la profession de médecin généraliste [6]. D'autres conditions, au moins aussi importantes, mériteraient d'être questionnées telles que la place des patients dans les projets ou les changements observés dans la relation médecin-patient par exemple.

Perception subjective ou évaluation réaliste des besoins et du contexte ?

Tout médecin qui entend créer un réseau ou se lancer dans un projet d'éducation du patient doit bien sûr en connaître le contexte législatif, les modes de financement possibles mais aussi les expériences existantes. Ceci paraît une évidence. Pourtant, la naissance de tels projets repose le plus souvent sur la perception par les professionnels de santé de problèmes mal résolus, relatifs soit à une catégorie de population, soit à une pathologie particulière. La construction d'un projet repose cependant sur une démarche rigoureuse (recueil de données de cadrage, revue de littérature, analyse des besoins, analyse des expériences antérieures, etc). Mais cette démarche n'est pas spontanément accessible au médecin : elle n'est pas inscrite dans ses habitudes de travail qui le poussent à l'action et à la résolution immédiate des problèmes qu'il constate ou que les patients viennent lui demander de résoudre. La démarche suppose un minimum d'apprentissage, de réflexion et de distance : il est toujours tentant de s'arrêter à des souhaits ou à des constats sans doute fondés, mais le risque est qu'ils ne correspondent pas à toute la réalité des besoins des patients et de leur entourage.

Par exemple, l'évaluation des besoins du patient faite dans le projet «éducation du patient» du réseau sida d'Ille-et-Vilaine repose sur un constat fait par les professionnels. «L'enjeu de l'observance est réel, il concerne tous les acteurs du réseau et conditionne probablement pour beaucoup de patients un avenir qui reste incertain». Cette phrase extraite du rapport moral du réseau [7] traduit, sans doute, une prise de conscience de l'incapacité des soignants de répondre seuls aux besoins complexes des patients VIH, dont la maladie est devenue chronique. Mais elle traduit aussi le fait que la perception des besoins est celle des professionnels et uniquement celle-ci. La suite du déroulement du projet montrera comment l'évaluation insuffisante du contexte institutionnel du projet et des besoins des patients, transformeront un projet ambitieux en la réalisation d'un outil inutilisable tant par les patients que par les professionnels [8].

A l'inverse, l'enquête préalable [9] au projet « *Prague-Volga* » [10] interroge 14 professionnels de santé, 78 chefs de famille, 130 enfants des écoles et jeunes du quartier sur leur perception de leur état de santé, la vie du quartier, leur logement, leur environnement et leurs préoccupations prioritaires de santé. Les résultats de cette enquête vont permettre de passer des objectifs affichés dans une logique de réponse à un financeur (lutte contre la toxicomanie) à la définition d'objectifs adaptés aux besoins de la population concernée (problèmes de rythmes de vie, d'alimentation, etc.). Ils permettront également de fonder le choix des partenaires, des activités, etc. Certes, une évaluation de cette envergure n'est pas à la portée de tous. Il n'en reste pas moins vrai qu'il s'agit là d'un élément clé de la réussite.

Une équipe ou une juxtaposition de professionnels ?

L'évaluation des besoins et du contexte, même s'il s'agit d'une étape incontournable, ne suffit pas car un réseau ou un projet n'est pas seulement un ensemble de procédures, fussent-elles discutées et partagées. C'est aussi un dispositif de confiance dans lequel des professionnels échangent des informations, participent conjointement à la prise en charge de patients ou à leur éducation. C'est donc un système d'action concret construit collectivement.

L'exemple du réseau toxicomanie de la Sarthe (Dr F. Garnier) nous montre comment trois ans de réflexion et d'apprentissage du travail en commun ont été nécessaires avant de constituer un réseau. Voici son témoignage : « *Les premières réunions ont rapidement mis en évidence les difficultés que nous allions rencontrer. Chacun des intervenants ayant bien du mal à reconnaître la qualité potentielle de l'autre (…). Malgré ces difficultés, la Ddass (direction départementale de l'action sanitaire et*

Implications pour la pratique

- Un réseau, un projet d'éducation pour la santé sont des dispositifs de confiance dans lequel des professionnels échangent des informations et participent conjointement à la prise en charge de patients.
- Prendre en compte le point de vue des usagers, les impliquer dans la gestion de leur santé en les associant dès le départ au projet de réseau ou d'éducation est un des gages du succès.
- La pression de la demande (logique d'affichage, opportunité de financement) joue contre l'apprentissage réel du partenariat qui ne se décrète pas mais se construit peu à peu.
- Le management c'est ce qui reste à faire quand tout a été prévu : anticiper, gérer un imprévu, utiliser toutes les possibilités d'ajustement face à une situation inattendue sont des capacités fondamentales dans le management d'un projet.
- Promouvoir un réseau ou un projet d'éducation du patient c'est s'inscrire de façon dynamique dans le fonctionnement du système de santé.
- Le paiement à l'acte est inadapté au travail en réseau et aux actions d'éducation pour la santé.



sociale) a chargé l'association des médecins généralistes de créer le réseau, ce que nous avons refusé de faire arguant que nous étions plus intéressés par le fait de créer de bonnes modalités de fonctionnement plutôt qu'une coquille vide (...). Des réunions de travail communes ont permis aux différents intervenants : médecins, pharmaciens, centre de soins, hôpital, protection judiciaire de la jeunesse, foyers d'insertion, mais aussi police, gendarmerie, sécurité sociale d'apprendre à se connaître et de travailler ensemble. Ainsi le réseau s'est-il constitué officiellement et surtout naturellement à la fin de l'année 2000 pour répondre à de nouveaux besoins collectifs en respectant les fonctions de chacun. »

Ce que partenariat veut dire

Aussi soigneuse qu'ait été l'évaluation des besoins, aussi solide que soit l'équipe, il est bien rare que les promoteurs d'un projet disposent de toutes les compétences nécessaires pour le mener à bien. Il est donc nécessaire de trouver des partenaires. Le pari du partenariat est de créer des coalitions durables de professionnels. Encore faut-il que ces coalitions soient novatrices, capables de développer des fonctionnements sociaux et professionnels nouveaux [11].
Dans le souci de travailler vite ou pour limiter l'investissement initial, les partenaires considèrent souvent le consensus minimal comme une exigence suffisante. Chaque partenaire cherche ainsi à être souple, à s'adapter au risque de n'avoir qu'un engagement de pure forme et beaucoup de malentendus par la suite.
La constitution d'un certain nombre de réseaux nous offre des exemples de mise en place dans l'urgence, et qui reposent sur l'illusion de la connaissance. Il s'agit en particulier des réseaux qui se sont saisis des opportunités de financement offertes par des circulaires ministérielles [12] (mais l'expérience prouve qu'ils ne sont pas les seuls). Ainsi, la constitution du réseau ville-hôpital sida d'Ille et Vilaine, nous en offre-t-elle un exemple. C'est moins l'enthousiasme que la nécessité qui caractérise les motivations de départ des médecins de ville à s'investir dans le réseau nouvellement créé. Le texte de la circulaire de 1991 stipulait «réseau Ville Hôpital», il convenait donc que des médecins libéraux soient intégrés. Il n'y a pas eu de réunion préalable pour discuter les objectifs et les modalités, et aucun médecin généraliste n'avait rencontré le Professeur x. à l'origine de la décision [13].
De la même façon l'absence de véritable partenariat va entraîner l'échec d'un projet d'éducation du patient promu par le même réseau. Comme le réseau s'inscrit dans un maillage territorial des activités associatives, il lui semble facile de promouvoir un travail en partenariat (...). Le CODES [14] est sollicité pour son expertise méthodologique. Les partenaires se réunissent sans que ne soient réellement discutées les places, compétences et missions de chacun. Le service des maladies infectieuses, fort de son expertise biomédicale et de sa bonne connaissance des patients impose aux «partenaires» la maquette d'un tableau magnétique présentant les antirétroviraux et les horaires de prise. [8]

Qu'en est-il du management ?

Définir des objectifs, se donner des statuts et/ ou une organisation, chercher des financements, sont des activités indispensables qui certes relèvent du management mais une gestion rigoureuse ne suffit pas à piloter un réseau ou un projet. On peut schématiquement dire qu'il existe deux aspects dans le management.
Le premier est celui de la gestion de la structure ou du projet : les réunions, les finances, les relations avec les financeurs et les partenaires, les emplois éventuels, etc. C'est l'aspect formalisé du management. Le président d'une association pour la mise en place d'un réseau diabète (ACRED 35, Dr. B. Brau) nous explique les difficultés de management qui attendent les médecins qui se lancent dans une telle aventure «Le problème pour les professionnels de santé de ville est qu'il faut avoir une bonne capacité d'anticipation (...). Il faut des professionnels autres que des médecins pour aider à la constitution du réseau mais aussi pour garantir sa pérennité. Ce type de projet suppose des professionnels parfaitement au courant du mécanisme de fonctionnement des institutions sanitaires et sociales».
Le deuxième aspect du management est celui des activités spécifiques du réseau ou du projet et donc de la réalisation d'objectifs professionnels en vue d'améliorer la prise en charge des patients. Ce domaine d'activité est à la fois proche du travail quotidien des généralistes et nouveau. L'élément le plus nouveau pour les généralistes est celui de la coopération, c'est-à-dire du fonctionnement réel d'une équipe dans un climat de confiance et de reconnaissance mutuelle.
Le projet « *Prague-Volga* » [15] nous donne un exemple de ce deuxième aspect du management. Comme beaucoup d'autres, ce projet a été engagé sur une thématique de prévention et mené en partenariat : recours à des professionnels et à des organisations d'horizons différents, action globale prenant en compte les différentes composantes de la santé, large sollicitation des habitants. Un référentiel commun d'action a été mis en place entre les différents partenaires. Au bout du compte, le partenariat s'est réalisé entre acteurs aussi différents que les personnels communaux et les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux. Ceci met en lumière le travail de coopération qui a du se jouer entre les différents partenaires et les capacités d'ajustement dont ont fait preuve les promoteurs face aux situations inattendues qui n'ont pas manqué de se produire.

Bibliographie

[1] HCSP, La santé en France 2002, La Documentation Française, Paris, 2002.
[2] ANKRI J., LE DISERT D., HENRARD J., Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, Santé Publique, 1995; 4: 427-441.

[3] HASSENTEUFEL P., Les médecins face à l'Etat, Presses de Sciences Po., Paris, 1997, 364.

[4] LAFAYE C., Sociologie des organisations, Ed. Nathan-Université, Paris, 1997.

[5] BOUCHAYER F., Les voies du réenchantement professionnel, Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité, P. Aïach, Fassin D., Ed. Anthropos, Paris, 1994: 201-223.

[6] DATAR, CREDES, Quel système de santé à l'horizon 2002. 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris.

[7] Rapport moral du Réseau Ville-Hôpital sida d'Ille et Vilaine, 1998: 11.

[8] LEVASSEUR G., HONNORAT C., Education du patient et partenariat Ville-Hôpital : un double défi ? Bulletin d'éducation du patient, 2001, 20, 4: 5-9.

[9] MUNOZ J., Rapport d'étude sur l'enquête menée dans le cadre du contrat ville au quartier Prague Volga «Comment va la santé dans le quartier», Rennes, 1995.
.../...

Un élément du système local de santé

Un réseau, un projet d'éducation du patient peuvent enfin être considérés comme un élément d'un système local de santé. Ils participent à la «production micro-locale» de la santé publique. Souvent créés à l'initiative de médecins et de professionnels de santé, ces projets sont toujours en lien avec une politique publique et des modes de financements spécifiques discutés par des instances. Ils sont donc plus que l'addition de professionnels de santé de bonne volonté [16]. Ils répondent à des besoins explicitement définis, en lien avec des patients et reçoivent un mandat et des financements publics pour ce faire.
Vouloir créer un réseau ou promouvoir un projet d'éducation des patients, revient donc à s'inscrire de façon dynamique dans le fonctionnement du système de santé. Ceci suppose du médecin généraliste une prise de distance par rapport à son rôle de soignant et une capacité à adopter un point de vue complémentaire à celui de la logique de son exercice professionnel.

Conclusion

S'intéresser aux conditions qui permettent la participation des généralistes à des projets de réseaux ou d'éducation des patients, c'est aussi s'intéresser à la profession médicale, à l'organisation des soins, aux représentations propres aux patients et aux professionnels. Si l'on considère que la prévention et la gestion des pathologies chroniques sont des priorités pour l'avenir du système de santé, on admet de façon implicite que le travail en réseau et les actions d'éducation du patient sont susceptibles d'intégrer les multiples enjeux de la qualité des soins et des contraintes économiques. Bien plus, ces nouvelles activités s'inscrivent dans un cadre de réflexion et d'action centrée sur le patient. Elles justifient cependant de la part du médecin généraliste l'acquisition, l'ajustement de connaissances et de compétences, une prise de distance par rapport à son rôle habituel de soignant et donc comme le dit J. COOK : « *Il faut que les professionnels lèvent un peu les yeux plutôt que de se contenter de regarder le ballon. [17]* »
Enfin, quels que soient les efforts consentis (en temps, en formation, en recherche de partenariat, etc.) il n'en reste pas moins vrai que la logique actuelle du financement des soins de santé, en France, n'est pas adaptée au travail en réseau ni aux questions de l'éducation des patients. L'activité de coordination promue par ces nouvelles modalités de travail n'est pas actuellement reconnue comme acte professionnel. Autrement dit, le temps nécessaire à une prise en charge de qualité n'est pas rémunéré. Au-delà de la question du financement de ces nouvelles activités, il serait judicieux de réfléchir à des formations et à des outils qui accompagneraient des financements certes nécessaires mais pas suffisants. ■

.../...

[10] GIBOURGÉ F., Projet Santé, Contrat de Ville Rennes/Le Blosne, premier bilan, CODES 35, Rennes : 1995

[11] SCHWEYER F.-X., Le partenariat dans le système de santé. Informations sociales, 2001(95): p. 58-67.

[12] Circulaire DH-DGS du 4/06/ 1991.

[13] SCHWEYER F.-X., Rapport d'évaluation du réseau ville-hôpital sida d'Ille et Vilaine. 2001, RVH 35: Rennes.

[14] CODES 35 (Comité d'éducation pour la santé d'Ille et Vilaine), 1 place du maréchal Juin, 35 000 Rennes.

[15] CODES 35

[16] LEVASSEUR G., La santé dans la ville, réflexions sur une expérience. Pratiques médicales et thérapeutiques, 2000; 7: 12-15.

[17] COOK J., Formation en santé communautaire, La santé communautaire, Centre International de l'Enfance (CIE), Ed. CIE, Paris, 1990.



La place du médecin généraliste en santé-environnement

par Pascale Jonckheer (1)

Mots-clés : Belgique, Médecin généraliste, Santé, Environnement

L'interaction entre l'environnement et l'homme joue par essence un rôle en matière de santé.
Nonobstant cela, lorsqu'on évoque la relation santé-environnement avec les médecins généralistes, leur désarroi se fait sentir. Et les sources de ce désarroi sont variées : les effets cliniques d'une exposition aux polluants ne sont pas toujours clairs et sont rarement spécifiques; les polluants sont nombreux et leur interaction encore peu connue; les outils abordables et accessibles pour diagnostiquer et prendre en charge les problèmes de santé-environnement sont rares; la formation et l'information des médecins sont insuffisantes, etc.
Pourtant, les atouts de l'omnipraticien sont multiples (approche globale, continuité dans le temps, proximité, confiance, etc.) et font de lui une personne ressource essentielle en santé-environnement. Les missions qu'il pourrait remplir en la matière vont en effet de la prise en charge des problèmes de santé liés à l'environnement, aux démarches préventives, à la communication d'informations et aux relevés d'observations.
Les défis sont donc importants mais les initiatives actuelles sont prometteuses. Nous ne sommes encore qu'au début du processus.

Au commencement…

« *Celui qui veut approfondir la médecine doit faire ce qui suit : Il considérera d'abord les saisons de l'année et l'influence respective que chacune d'elles exerce; car, non seulement elles ne se ressemblent pas l'une l'autre mais encore dans chacune d'elles les vicissitudes apportent de notables différences; puis il examinera quels sont les vents chauds et froids, surtout ceux qui sont communs à tous les pays, ensuite ceux qui sont propres à chaque localité. Il est nécessaire aussi de connaître la qualité des eaux, qui, si elles diffèrent par la saveur et par le poids, ne diffèrent pas moins par leurs propriétés* ». HIPPOCRATE [1]

La médecine telle que définie au Ve siècle avant J-C. par Hippocrate (et ses disciples) appréhende clairement la problématique santé-environnement comme un aspect « *naturel* » du métier. Les eaux, l'air, les sols, la manière de s'alimenter sont autant d'aspects évoqués dans le Corpus Hippocratique. Et même si cette vision a largement évolué au cours de siècles, on ne peut nier que l'environnement fait, aujourd'hui comme hier, partie des déterminants de santé auxquels le médecin doit porter attention.

Un horizon large

« *Une gestion saine de l'environnement apporte des bienfaits considérables pour la santé; au con-traire, une gestion inappropriée ou l'absence d'intérêt pour l'environnement se traduisent par d'importants effets nocifs sur la santé* » dit l'OMS [2].

Encore faut-il savoir de quoi on parle lorsqu'on évoque l'environnement. Plusieurs définitions coexistent; toutes sont critiquées. On peut toutefois retenir que l'environnement ne se réduit pas à ce qui est extérieur à l'homme mais inclut notamment un aspect dynamique, évocateur des interrelations entre l'homme et le milieu.

Cette notion d'interaction entre l'environnement et l'homme n'est pas étrangère au monde médical. Qu'est-ce qu'une infection sinon une interaction entre un élément « *naturel* » - le virus ou la bactérie – et l'être humain ? Qu'est-ce qu'un mélanome sinon le résultat du contact entre les UV et la peau ? Et que dire encore au sujet des intoxications ?
Pourtant, lorsqu'on aborde la question de la santé-environnement avec des médecins

(1)Docteur en médecine, coordinatrice de l'Institut de Médecine Préventive, Société Scientifique de Médecine Générale, Rue de Suisse, 8, 1060 Bruxelles.
Tél. : ++32 (0)2 533 09 80
Fax. : ++32 (0)2 533 09 90
Email : p.jonckheer@infonie.be



généralistes de terrain, leur désarroi est perceptible. Quelles sont donc les implications de cette question ?

Une mission à multiples facettes

Selon le Collège des généralistes enseignants de France, « *la caractéristique de la médecine générale est de vouloir englober l'individu dans sa totalité y compris d'ailleurs l'environnement physique et social de cet individu [3]* ».

Pratiquer la médecine générale au quotidien n'est pas simple. La conjoncture économique est défavorable, le secteur des soins de santé est dans la ligne de mire du gouvernement, l'exigence des patients est sans limite, la charge administrative s'alourdit sans cesse, la recherche scientifique et les nouvelles technologies imposent un recyclage permanent… Un ras-le-bol se fait sentir.

Quelle est la place, dans ce contexte, de la problématique environnementale ? Qu'est-il concrètement possible de faire ? Quels sont les besoins en la matière ?

Pour répondre à ces quelques questions, arrêtons-nous d'abord sur la définition des fonctions du médecin généraliste, telle qu'elle a été élaborée par le Forum des associations de médecins généralistes (FAG) francophones de Belgique. [4].

Etre dispensateur de soins (curatifs, préventifs, psycho-sociaux) telle est la première fonction du généraliste. Cela implique de prendre en charge la santé globale du patient, sans limite de champ d'action. En théorie, dans la mesure où le lieu de vie du patient a un impact potentiel sur sa santé, on peut affirmer que cet environnement fait partie des déterminants à analyser par l'omnipatricien, au même titre que le milieu professionnel, le mode de vie, le niveau socio-économique, etc. Dans la pratique cependant, il faut bien reconnaître que des progrès sont à faire en la matière.

Par ailleurs, dispenser des soins n'est pas la seule fonction du médecin généraliste. Il doit aussi « *communiquer* », « *synthétiser* », « *s'insérer dans un réseau de soins* », « *être un acteur de santé communautaire* »… autant d'actions qu'il pratiquait certainement déjà mais qu'il est nécessaire de valoriser. Assumer l'ensemble de ces fonctions est déjà un défi en soi. Y insérer une dimension environnementale pourrait relever de l'utopie. Quoique, des voies sont tracées…

Une première mission : Intégrer l'environnement dans la pratique quotidienne

« *Les soins aux malades reposent sur une certaine vision de l'univers qui nous entoure - donc hostile – sur la place qu'y tient l'homme, sur la possibilité d'influer sur le destin, et donc sur l'ambition de repousser la mort, objet permanent de nos angoisses* » JEAN-CHARLES SOURNIA. [5].

Imaginons le cas d'un patient, âgé de 55 ans, souffrant de fatigue chronique et de céphalées. Un bilan complet a été effectué en vain. Les aspects relationnels tant au travail qu'au sein de la famille ne révèlent rien de particulier. Que manque-t-il dans le dossier ?

L'environnement physique bien sûr ! Alors qu'il semble naturel d'aborder l'environnement psycho-social du patient, le milieu où il évolue est bien souvent négligé.

Pourtant, il existe de nombreux polluants pouvant entraîner des troubles physiques. Les polluants présents dans les bâtiments sont à cet égard particulièrement intéressants : plomb contenu dans les anciennes peintures murales ou dans les canalisations, solvants émanant des colles et peintures, pesticides incorporés dans les boiseries ou les tapis, moisissures assoiffées d'humidité, etc. Autant de polluants qui viennent contaminer nos airs intérieurs et s'ajouter aux polluants extérieurs enfermés par ailleurs dans nos bâtiments trop isolés et non ventilés (ou du moins peu souvent ventilés). La concentration totale peut finir par être impressionnante et… nocive. S'en préoccuper revient dès lors à, simplement, se préoccuper de la santé des occupants et à assumer la première fonction du généraliste : être dispensateur de soins.

Appréhender les déterminants environnementaux dans la pratique clinique revient donc à renforcer la vision globale de la santé du patient. Cette approche entre dans une démarche diagnostique et curative : rechercher la cause pour mieux traiter. Mais elle peut aussi déboucher sur une action préventive. D'abord, en prévenant l'apparition de symptômes dans l'entourage du patient soumis aux polluants. Ensuite, en dépistant les polluants avant même l'apparition de symptômes. Enfin, en communiquant avec les patients sur les risques potentiels de la pollution (comportement, infrastructure, etc).

Une position idéale

Le médecin généraliste a de nombreux atouts pour aborder le domaine de la « *santé-environnement* ». C'est une démarche à la fois préventive et curative proche de son travail quotidien. En outre, en tant que médecin de proximité, il connaît l'environnement de ses patients : il vit dans le même arrondissement, effectue de nombreuses visites à domicile. Qui connaît mieux que lui l'habitat de ses patients ? Qui peut entrer dans son intimité sans risquer de briser la relation de confiance avec l'habitant ? Qui peut mettre en parallèle le



comportement de certains et les risques encourus ?

Des obstacles

Oui mais, certaines difficultés doivent être soulignées et la liste qui suit n'est pas exhaustive...
Premièrement, outre les manifestations allergiques (cutanées ou respiratoires) et les intoxications aiguës, les plaintes et symptômes liés à l'environnement sont souvent peu précis et parfois très tardifs par rapport à l'exposition. Cela signifie que le médecin généraliste doit être attentif à cet aspect, penser à relever chaque plainte du patient et chercher activement tant dans l'anamnèse que lors de l'examen clinique des signes évocateurs d'un contact avec tel ou tel polluant.

Par ailleurs, les facteurs environnementaux sont nombreux, leurs effets variés, l'impact de leur combinaison plutôt incertain, les avis parfois contradictoires des experts. Il faut donc pouvoir être en phase avec les résultats de la recherche. Il faut aussi pouvoir travailler en réseau, bénéficier de la richesse d'une équipe multidisciplinaire.

Ensuite, il faut des outils abordables et accessibles tant pour analyser la situation que pour la traiter. Depuis quelques mois, naissent en Région wallonne et Bruxelloise des services d'analyses des milieux intérieurs. Ceux-ci peuvent apporter une aide certaine au médecin lancé dans une recherche de pollution intérieure. Mais qu'en est-il de la remédiation ? Qu'en est-il des pollutions extérieures ?

Une deuxième mission : Relever de nouveaux défis

« *L'homme prend conscience, aujourd'hui, comme il l'a déjà fait à plusieurs reprises dans son histoire, du rôle de l'Environnement dans la marche de son destin. Il manifeste en outre une nouvelle exigence quant à la qualité de sa vie quotidienne. Le rôle du médecin est certes de soigner, mais il est aussi d'accompagner l'Homme tout au long de son existence. En se consacrant davantage à l'Environnement, les médecins retrouveraient une des voies de l'Humanisme* ». MATTEI J-F. [6].

Quelques « *événements* » environnementaux ont émaillé notre actualité belge ces dernières années. Crise de la dioxine, décharge de Mellery, placement d'antenne GSM, etc. autant d'exemples où la question environnementale engendre polémique et angoisse.

Plusieurs constats peuvent être tirés de ces expériences passées. D'abord, les incertitudes sont nombreuses et les débats d'experts plongent la société dans la perplexité. Ensuite, la communication des décideurs tant avec les citoyens qu'avec les professionnels de la santé laisse à désirer.

De ce deuxième constat émerge depuis quelque temps l'idée que le médecin généraliste est un relais de choix entre les autorités politiques et les experts scientifiques d'une part et la population de l'autre. Une mission qui serait à double sens : traduire l'information technique et scientifique aux patients mais aussi, à l'inverse, transmettre aux décideurs des observations du terrain. Par exemple en apprenant à signaler l'apparition de problème de santé évoquant une cause environnementale, en participant à un relevé épidémiologique fiable, etc.

Des atouts

Le médecin généraliste bénéficie en Belgique d'un capital confiance important et touche une grande part de la population. Selon l'enquête de santé par interview réalisée en 2001 par l'Institut scientifique de la Santé Publique [7], près de 80% de la population a un contact annuel avec son médecin généraliste. On sait que la population est préoccupée par l'environnement. Vers qui aura-t-elle tendance à se tourner pour avoir une réponse à ses questions si ce n'est vers quelqu'un de crédible et d'accessible, comme l'est son médecin traitant ?

De plus, le médecin généraliste est aussi un citoyen, pouvant être interpellé par l'environnement dans lequel non seulement ses patients vivent mais lui aussi évolue.

Par ailleurs, les fonctions de communication et de synthèse sont clairement reconnues par la profession. L'information du patient est un devoir du médecin. Mettre les messages scientifiques à la portée de chacun fait déjà partie de son quotidien. Quant à la synthèse, le dossier médical est à cet égard un outil de choix puisqu'il permet de faire un relevé d'observations à la fois précis, continu dans le temps et permettant une mise en commun d'observations concernant plusieurs personnes. Qui plus que le médecin traitant voit un même patient pendant 20 ans, connaît sa famille, son quartier, etc ?

Un chemin difficile

Lorsqu'on interroge les médecins généralistes sur leur perception du lien santé-environnement [8], on observe qu'une majorité d'entre eux dit avoir été questionné par ses patients sur la problématique environnementale. Ils sont cependant 48% à consacrer peu de temps pour y répondre, et 38% assez bien. Seuls 14% consacrent beaucoup de temps aux questions environnementales

Lors de cette même enquête, il apparaît que :
- Moins de 10 % des médecins répondants disent être suffisamment informés sur la problématique « *environnement-santé* »;
- Presque un tiers pensent que les médias exagèrent les problèmes de santé liés à l'environnement;



- Moins de 10% pensent être suffisamment formés pour aborder la problématique santé-environnement.
- 74% des médecins répondants se disent prêts à suivre une formation complémentaire en la matière (sous forme de conférence, de réunion en groupe).

Plusieurs initiatives de formation ont d'ailleurs vues le jour ces dernières années. Citons le projet européen « *Sandrine* » centré sur la pollution intérieure et né de la collaboration entre la Société Scientifique de Médecine Générale et Inter-Environnement Wallonie. Citons aussi la formation en toxicologie communautaire organisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles et l'utilisation-pilote de l'ambulance verte par des maisons médicales lors d'un projet né de la collaboration entre l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement et la Fédération des Maisons Médicales.

Conclusions

Le médecin généraliste, acteur de santé de première ligne, caractérisé par son approche globale, sa proximité, son accessibilité, son capital confiance, etc. apparaît comme un rouage essentiel dans la relation « *santé-environnement* ». Parmi les missions qui lui sont dévolues dans ce cadre, on peut relever les quatre suivantes :

- détecteur et soignant de symptômes en liaison possible avec un facteur environnemental et relais entre le patient et les services/ associations compétentes dans le diagnostic et la remédiation (ambulance verte, associations habitat...);
- promoteur d'attitudes et de comportements permettant d'assurer une prévention;
- informateur de choix entre le citoyen et les experts scientifiques;
- observateur permettant une accumulation de données via le DMG.

Mais on ne peut demander à tous les généralistes de Belgique de prendre en charge ces différentes missions du jour au lendemain. Une information correcte, des moyens adéquats, un réseau multidisciplinaire efficace sont autant de facteurs indispensables à une bonne pratique de la Santé-environnement. Le médecin doit pouvoir se tourner vers d'autres professionnels, comme il peut le faire actuellement pour d'autres facteurs de risque ou certaines pathologies nécessitant une prise en charge spécialisée. Nous ne sommes finalement qu'au début de l'aventure. Mais c'est ainsi que l'environnement deviendra un déterminant parmi d'autres de la santé, comme l'aurait voulu Hippocrate d'ailleurs…

Donc, *« lorsqu'un médecin arrive dans une ville à lui inconnue, il en observera la situation et les rapports avec les vents et avec le lever du soleil, car les mêmes effets ne sont pas produits par une exposition au nord, ou au midi, ou au levant, ou au couchant. Il acquerra des notions très précises sur la nature des eaux dont les habitants font usage, si elles sont ou lacustres et molles, ou dures et sortant de lieux élevés et rocailleux, ou crues et saumâtres; il étudiera les divers états du sol, qui est tantôt nu et sec, et tantôt boisé et arrosé, tantôt bas et brûlé de chaleurs étouffantes, tantôt haut et froid. Il reconnaîtra le genre de vie des habitants, qui sont ou amis du vin, de la bonne chère et du repos, ou laborieux, adonnés aux exercices du corps, mangeant beaucoup et buvant peu. [1] »* ■

Bibliographie

[1] HIPPOCRATE, De l'Art médical. Traité des airs, des eaux et des lieux. II, 13.

[2] OMS, Notre planète, notre santé. Rapport de la Commission mondiale de l'OMS sur la santé et l'environnement, Suisse (Genève), 1992.

[3] POUCHAIN D., ATTALI C., DE BUTLER J. et al., Médecine générale, Concepts & Pratiques. Collège national des généralistes enseignants, Ed Masson, 1996.

[4] Forum des Associations de Généralistes, La fonction du médecin généraliste pour le troisième millénaire. RMG, Supplément au n°189, 2002.

[5] SOURNIA J-C., Histoire de la médecine, Histoire des sciences, Ed La Découverte, 997.

[6] DÉOUX S. ET P., L'Ecologie, c'est la santé, Ed. Frison-Roche, 1993.

[7] Enquête de santé par interview, Institut scientifique de la Santé Publique, Belgique, 2001.

[8] JONCKHEER P., La place du médecine généraliste belge francophone face à la relation « santé-environnement », Travail de fin d'étude du DES en Gestion de l'environnement, 1998.



Peut-on parler d'éducation pour la santé en soins palliatifs ?



par Michel Vanhalewyn (1) et Cécile Bolly (2)

Mots-clés : Belgique, éducation pour la santé, soins palliatifs, éthique, réseau, souffrance, compétences, formation.

Les soins palliatifs, par la proximité avec la mort qu'ils impliquent, s'opposent-ils à toute idée d'éducation pour la santé ? Ou, au contraire, ces deux disciplines sont-elles sous-tendues par des valeurs communes ou des objectifs qui se rejoignent ?
Comment une expérience de formation en soins palliatifs de médecins généralistes peut-elle aider à répondre à cette interrogation, tout en jetant les bases d'une remise en question continuelle ?

Introduction

Si les soins palliatifs cherchent à mettre le patient au centre du processus, est-il raisonnable de vouloir malgré tout lui donner des conseils, multiplier les informations ou encore changer son comportement ?
Puisque le patient est en fin de vie, ne faudrait-il pas arrêter de l'ennuyer avec « *tout ça* » ?
N'y a-t-il pas un paradoxe à vouloir éduquer quelqu'un qui n'en peut plus et se trouvera bientôt sur son lit de mort ?
Mais si par ailleurs, au nom d'une certaine tranquillité, on abandonne tout projet qui le relie à la vie, ne risque-t-on pas, alors, de le marginaliser encore un peu plus ?
Si « *ça n'en vaut plus la peine …* », ne faisons-nous pas de ce patient un mourant plutôt qu'un vivant jusqu'au bout ?
En l'isolant de la sorte, ne risquons-nous pas d'alourdir le poids de sa souffrance ?

L'émergence même de ces questions nous invite à tenter de mieux définir les liens qui existent, peut-être à l'insu de nombreux soignants, entre éducation à la santé et soins palliatifs.
Le point de départ que nous choisissons est celui qui unit les concepts d'autonomie et de dignité.

Pour de nombreux auteurs, quand il est bien compris, un travail d'éducation à la santé est avant tout un travail d'accompagnement [1].
Il vise alors la création d'un partenariat qui, par la relation de qualité qu'il implique, cherche à se mettre au service de l'autonomie du patient. Cette recherche d'autonomie est également très présente en soins palliatifs, en particulier si on comprend l'autonomie comme capacité à être pleinement soi-même [2].

Il est évident que, dans la réciprocité qui traverse toute relation, cette recherche devient par le même temps un chemin d'autonomie pour le soignant.

Mais, au-delà ou en deçà de l'autonomie, il nous semble indispensable de rappeler la dimension fondamentale de la dignité.
Elle fonde le droit de chacun à être respecté en toute circonstance [3] et elle persiste même si le corps et/ou l'esprit se dégradent, s'altèrent.
Si le regard sur soi ou sur autrui ne suffisent donc pas à fonder la dignité, ils permettent cependant d'en témoigner, parce qu'elle se manifeste avant tout dans une dimension relationnelle.

En soins palliatifs, même ou peut-être surtout quand il est difficile d'encore parler d'autonomie du patient, les soignants sont continuellement confrontés à cette double dimension de la dignité : la réalité de ce qu'elle représente, par le seul fait de la vie, mais aussi la nécessité de témoigner à l'autre qu'on le reconnaît comme personne humaine et cela malgré sa dépendance, sa dégradation, sa mort prochaine.

Un des objectifs de l'éducation du patient est d'aider le patient à s'adapter à sa maladie et à ce qu'il doit en vivre, mais aussi d'apprendre aux soignants à prendre en compte la globalité du vécu des patients et de leurs proches [4].
En soins palliatifs, cet objectif s'inscrit dans le temps de la fin de vie, avec ce que cela peut représenter de richesses, mais aussi de difficultés : ce temps fait partie intégrante de l'histoire d'une personne, mais il est aussi marqué d'une particularité propre en lien avec le travail de deuil [5]. Nous oserions même dire les travaux de deuil, tellement en fin de vie, les pertes sont nombreuses.

(1) médecin généraliste à Bruxelles.
(2) médecin généraliste et psychothérapeute en Ardenne.
Tous deux sont collaborateurs au CUMG de l'UCL et coauteurs des livres « Aux sources de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile » et « L'éthique en chemin. Démarche et créativité pour les soignants » (avec V. Grandjean et S. Vidal) parus chez WEYRICH EDITION.

Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol. 21, n°4, 2002



Il faut donc trouver un équilibre dans l'accompagnement, à la fois pour ne pas idéaliser la fin de vie, mais pour ne pas non plus la disqualifier.
On entend souvent parler de la bonne distance à trouver.
Nous voudrions lui ajouter l'idée de choisir, avec souplesse, une bonne allure pour cheminer.

A partir de là, il nous semble important de montrer comment la dynamique des soins palliatifs et la formation spécifique que celle-ci implique permettent d'améliorer la qualité de vie des patients mais aussi des soignants et du réseau qu'ils forment, rejoignant en cela les objectifs et parfois les méthodes de l'éducation à la santé.

L'éducation à la santé du patient

Les soins palliatifs permettent d'accompagner le patient en fin de vie dans sa souffrance et dans la perception qu'il peut avoir de sa mort proche.
Pour lui, c'est bien plus qu'un vécu de mauvaise santé, c'est la découverte progressive d'un corps qui se dégrade et va bientôt disparaître.
Son autonomie est par définition questionnée à la fois dans ce qu'il peut « *faire* » de sa maladie mais aussi dans ce que sa maladie le laisse encore faire, voire être.
Dans de nombreuses situations, elle peut cependant tout à fait se concrétiser à travers sa participation active aux choix et aux décisions qui le concernent.
Il est intéressant de constater que les disciplines médicales qui parlent le plus d'autonomie sont l'éducation du patient et les soins palliatifs.
Cela peut paraître étonnant pour ces derniers, puisqu'il reste peu de temps à vivre pour la concrétiser.
C'est parce qu'ils font le choix de se mettre dans une autre démarche que celle de la pratique biomédicale que les soins palliatifs permettent d'impliquer davantage le patient et de faire de sa position centrale un repère éthique important : qui sommes-nous, pour savoir mieux que l'autre, ce qui est bon pour lui ?

Encore une fois, au-delà de l'autonomie, nous voulons insister sur la dignité que nous pouvons reconnaître au patient en la manifestant par notre regard et notre attitude.
Rappelons qu'il ne faudrait cependant pas croire que nous puissions être les déterminants de cette dignité.
Elle se fonde essentiellement sur la réalité de se trouver en situation d'être humain, vivant à part entière. La dégradation physique ne doit entraîner d'aucune manière une altération de cette dignité fondamentale.

Le temps qui reste à vivre est d'ailleurs un temps qui permet de découvrir et d'apporter un regard nouveau et essentiel sur ce qui est possible.

Si nous étions capables, durant notre vie entière, de considérer que chaque jour est peut-être le dernier, notre existence découvrirait d'autres horizons.

Dans cette dynamique, l'éducation du patient pourrait sembler inadéquate.
Pourtant, dans la réalité, elle s'avère essentielle.
Si l'on veut se rapporter à quelques unes de ses caractéristiques essentielles [6]:
- reconnaître l'autonomie,
- établir une relation d'équivalence,
- avoir du sens pour le patient,
- accepter l'imprévisible,

il paraît évident que ce sont aussi des caractéristiques des soins palliatifs et qu'elles constituent même des repères éthiques dans leur pratique.
Envisagée sous cet angle, l'éducation du patient renforce d'ailleurs la priorité qu'on peut donner à l'écoute et à l'accompagnement du patient en fin de vie.

La notion de soins continus, plus que celle de soins palliatifs, manifeste bien l'expression de ce désir de situer en permanence le patient dans son histoire, lui reconnaissant jusqu'au bout une compétence particulière et personnelle qu'il est indispensable de prendre en compte dans la création d'un véritable partenariat.

A partir d'une expérience de formation en soins palliatifs de médecins généralistes, il nous semble important d'approfondir d'autres dimensions de l'éducation pour la santé, en particulier celle qui concerne le soignant et celle qui concerne le réseau.

L'expérience dont il question est celle du projet RAMPE, Réseau d'Aide en Médecine Palliative Extra muros, qui a vu le jour au sein de la Société Scientifique de Médecine Générale.
Ce projet a permis de créer une formation médicale continue centrée sur les soins palliatifs à domicile et étalée sur une période de 3 ans.
L'étalement sur une certaine durée nous a semblé indispensable, non seulement pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires, mais aussi pour s'ouvrir à de nouvelles dimensions du travail et de la réflexion que les soins palliatifs invitent à prendre en compte.
Par ailleurs, cette durée permet aux participants de consacrer du temps à des formations proposées dans d'autres domaines.

Tout au long de cette période de 3 ans, des groupes de 12 à 20 médecins se réunissent 4 fois par an pour un atelier dans lequel ils rencontrent un expert du thème choisi, expert invité par le médecin généraliste responsable du groupe.

Le contenu de la formation envisage le contrôle des différents symptômes (douleur, dyspnée,



nausées et vomissements, nutrition et hydratation, anxiété, agitation et confusion, soins de bouche, escarres, ...), les aspects éthiques, philosophiques et spirituels, l'accompagnement du deuil, l'importance de l'écoute et de la communication ainsi que celle de l'interdisciplinarité [7].

Si une telle formation est nécessaire, c'est parce que sur le terrain, les soins palliatifs rappellent avec force ce qui peut sembler paradoxal à certains : la compétence technique est le premier lieu d'humanisation de la médecine [8].
Il est illusoire de parler d'accompagnement spirituel, d'écoute, d'éthique si on ne parvient pas d'abord à contrôler le mieux possible les différents symptômes physiques.
Mais pour empêcher que nos gestes ne participent à une escalade technique, une compétence relationnelle et une compétence éthique doivent y être associées : elles évitent qu'en étant trop pris dans et par la technique, le médecin ne soit plus capable de penser ce qu'il met en œuvre.
Il est dès lors indispensable de rencontrer le patient comme sujet et non pas comme objet de soins. [9]
Il est un être de désirs. Un être de souffrances. Un être capable de communiquer au moins une part de ses désirs et de ses souffrances.
Et c'est dans l'ensemble de ces dimensions-là que nous avons à l'accompagner.

L'éducation à la santé du soignant

Lors des réunions de rencontre et de travail avec les animateurs des groupes RAMPE, il est rapidement apparu que si la formation transformait la pratique de chacun, elle touchait également à son être, à son identité, non seulement de médecin, mais aussi de femme et d'homme, appelé à accompagner au mieux un être humain dans sa fin de vie [7].
Et puisqu'il s'agit d'un accompagnement, au-delà ou en-deçà de la réflexion, du questionnement, de la recherche de sens, il s'agit d'être là physiquement, dans le corps à corps avec un patient qui va mourir, ce qui n'est pas toujours facile.
Plusieurs exemples cités montrent très bien cette transformation :

- des liens très nets ont été faits à plusieurs reprises entre l'acquisition de certains savoirs théoriques, la meilleure prise en charge des symptômes et la plus grande disponibilité pour écouter le patient et ses proches, pour dialoguer avec eux, pour être attentif à l'aspect éthique de chaque situation. Cela semble particulièrement vrai lors de moments pénibles comme une dyspnée aiguë, des nausées et vomissements à répétition, une douleur difficile à contrôler ;
- la plus grande aisance dans l'accompagnement ne renforce pas la toute-puissance médicale, elle permet au contraire de se questionner par rapport à nos limites, à notre vulnérabilité, à l'humilité nécessaire mais aussi de faire plus facilement appel à d'autres confrères généralistes, à des référents en soins palliatifs, à des infirmier(e)s, des kinés, des bénévoles ;
- même si les médecins donnent du temps, beaucoup de temps, que ce soit en formation ou auprès du patient, ils reçoivent proportionnellement bien plus en ouverture, en sensibilité, en partage des différences, mais aussi en plus grande capacité à accueillir les difficultés et l'incertitude.

Il est certain que l'acquisition de telles compétences ne peut pas se faire une fois pour toutes.
Elle nécessite une formation continue basée sur l'activité soignante qui produit « *une expérience réflexive et pratique sur laquelle il est possible de s'appuyer pour développer un regard critique à propos de cette activité et d'un engagement en son sein* » [10].
Elle aide donc le médecin à prendre distance par rapport à lui-même, mais aussi à mieux se comprendre et à mieux se connaître.
Elle introduit ainsi une subjectivité et une intersubjectivité qui manquent tellement à la médecine technique, avant tout basée sur le morcellement et sur l'objectivation du corps.
Il s'agit d'une étape indispensable non seulement dans l'élaboration d'une fonction soignante qui consiste à répondre le mieux possible à l'appel de celui qui souffre (c'est là sa dimension éthique intrinsèque) mais aussi dans la construction d'une interdisciplinarité réelle et créatrice [9].

L'éducation pour la santé du réseau

Les soins palliatifs à domicile exigent, pour répondre aux différents besoins des patients et de leurs proches, une organisation plus complexe que celle de la pratique quotidienne en médecine générale.
Sur le terrain, les soignants habituels, c'est-à-dire de première ligne (médecin généraliste, infirmier(e), kinésithérapeute, pharmacien, aide-familiale, ...) peuvent bénéficier d'une aide et d'une logistique assurées par la seconde ligne. Celle-ci est possible grâce aux associations régionales de soins palliatifs qui coordonnent des équipes constituées d'infirmier(e)s formé(e)s en soins palliatifs, d'un médecin référent et d'un(e) psychologue à temps partiel, d'un(e) secrétaire et de bénévoles.
La disponibilité infirmière est assurée de manière permanente, de même que la mise à disposition d'un matériel spécifique comme le pousse-seringue.
Pour la santé du réseau, l'ensemble de tous ces intervenants doivent travailler de manière coordonnée et dans le respect mutuel.

Bibliographie

[1] MERCIER M., Les nouveaux enjeux de l'éducation du patient : approche éthique, in Education du patient et enjeux de santé, 2002; vol.21, 1: 5-9.

[2] JACQUEMIN D., Promotion de l'autonomie des personnes et éthique biomédicale, Cours donné dans le cadre du DUES, Centre d'Ethique Médicale, Université Catholique de Lille, 1997.

[3] DESMICHELLES D., La confrontation à une demande d'euthanasie ou l'ultime épreuve de la compassion, JALMAJV, Grenoble, septembre 2000; 62: 55-66.

.../...



Travailler en interdisciplinarité, c'est accepter de prendre des risques et d'abord celui de la transformation de sa propre pratique au contact d'autres acteurs et d'autres disciplines avec lesquelles on interagit [11]
Les exigences d'un tel travail concernent entre autres la reconnaissance des compétences et des perspectives de chacun (y compris celle du patient et de ses proches), l'accueil des limites de chacun, le partage des informations mais aussi le partage, avec le moins de concurrence possible, de la relation avec le patient.
Si des tensions se manifestent, celui-ci risque bien de faire l'expérience de morcellement, d'écartèlement plutôt que celle d'unité ou de globalité dont il est tellement question dans le discours des soins palliatifs mais aussi dans celui de l'éducation à la santé.

La pratique de l'accompagnement des patients en fin de vie et l'expérience de la formation RAMPE nous stimulent à introduire cette dimension de l'interdisciplinarité et en particulier du réseau comme un paradigme de changement dans l'organisation des soins.
Le travail en réseau semble bien être un modèle représentant une logique nouvelle qui favorise l'implication et fertilise l'apport personnel de chacun des intervenants.
Encore faut-il que ce réseau bénéficie aussi de préoccupations concernant sa santé et donc sa qualité globale !
Accompagner les changements nécessaires demande qu'on y consacre du temps, de l'énergie et qu'on fasse preuve de créativité.
La multiplication des compétences et l'accroissement de leur spécificité de même que la volonté de maintenir une vision globale demandent que l'on se préoccupe d'assurer l'implication mais aussi la coordination de tous les intervenants.
Ce n'est certes pas facile, mais cela permet au réseau, plus qu'un simple paradigme, de devenir lui-même un pilier fondateur d'un véritable travail éthique.

Dans notre expérience de la formation RAMPE, c'est dans le partage et dans la durée que la réalité du travail en réseau s'est imposée aux médecins généralistes.
C'est la richesse de la pratique avec la seconde ligne qui permet de promouvoir la santé du réseau, en continuant à stimuler l'intérêt de chacun, en reconnaissant sa présence et sa compétence et en l'aidant à travailler dans la cohérence.

Tout cela demande énormément de travail et d'énergie et il est certain que l'enthousiasme ne suffit pas à aplanir toutes les difficultés.
Il convient d'accepter que le changement ne se réalise pas sans obstacle, mais que s'il est confirmé par les acteurs, le réseau est bien vivant !
Par ailleurs, il faut être attentif aux dérives possibles de l'organisation en réseau, en particulier la non reconnaissance de ceux qui n'y adhèrent pas, ainsi que le fonctionnement dans une sorte de tour d'ivoire collective [7].
Quoi qu'il en soit, une partition n'est jamais terminée : une fois écrite, elle peut encore être interprétée de différentes manières.
Un équilibre n'est jamais acquis, il se cherche à chaque instant …

Conclusion

Pour donner à cette conclusion la forme d'une ouverture, il nous semble important de rappeler quelques idées-forces.

- Proposer des soins palliatifs de qualité permet, même au creux d'une grande souffrance et sans idéaliser ni la fin de vie ni la mort, de diminuer le mal-être, voire d'améliorer d'une certaine manière le vécu du patient et de ses proches, ainsi que celui des soignants, ce qui permet à ces derniers de répondre le mieux possible à l'appel de ceux qui souffrent. Cette qualité des soins stimule également la vitalité du réseau et permet ainsi de retrouver, à différents niveaux, les objectifs de l'éducation du patient.
- Par ailleurs, et de manière très concrète, certaines valeurs sous-tendent à la fois la dynamique de l'éducation à la santé et celle des soins palliatifs. Ce sont par exemple l'accompagnement du patient dans sa globalité, l'importance donnée au contexte dans lequel il se trouve, la prise en compte de l'incertitude, le partage des informations et des décisions, …
- Il nous semble à la fois indispensable et urgent que ces points de croisement ou encore ces traits d'union servent de tremplin afin de jouer le rôle essentiel qui peut être le leur pour interroger la médecine dans son ensemble, pour provoquer des changements dans la pratique, pour oser l'innovation dans la rencontre.
  Mais cela n'est possible que si les acteurs eux-mêmes se remettent continuellement en question ! ■

…/…

[4] DECCACHE A., Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS, Education du patient et enjeux de santé, 2002; vol. 21, 1: 23-25.

[5] MATRAY B., Les soins palliatifs : approche éthique, revue Laennec, Paris, octobre 1995: 7-10.

[6] COLLIGNON J.L., Les différentes facettes de l'éducation du patient, Education du patient et enjeux de santé, 2002; vol.21, 1: 10-13.

[7] BOLLY C., DELFORGE Y., LENOIR E., MARION M., PIRE C., VANHALEWYN M., Formation en soins palliatifs : pour que naisse une réflexion, La revue de la médecine générale, Bruxelles, janvier 2000; 169: 6-11.

[8] GRASSIN M., Séminaire annuel d'éthique clinique, Centre d'Ethique Médicale, Université Catholique de Lille, 18 et 19 mars 2002.

[9] VANHALEWYN M., BOLLY C., Les soins palliatifs : une alternative à l'euthanasie ?, Louvain Médical, mai 2002; 121: 127-134.

[10] BOITTE P., Formation à l'éthique des professionnels de la santé : pour une approche centrée sur l'expérience, Revue Ethica Clinica, Erpent, décembre 2001; 24: 12-20.

[11] BOLLY C., VANHALEWYN M., Aux sources de l'instant. Manuel de soins palliatifs à domicile, Weyrich Edition, avril 2001: 245.

forum santé magazine

Le Magazine des Patients et des Soignants de la Maison Médicale de Barvaux

Revoici l'automne

Bienvenue à Néo

Forum Santé Magazine, outil de communication et de participation



par Jean-Claude Lesire (1)

Depuis janvier 1996, la Maison Médicale de Barvaux et l'association « Forum Santé » se sont dotées d'un outil de communication : « Forum Santé Magazine ».

Mots-clés : Belgique, Médecin généraliste, Patient, Communication, Media

L'asbl « *Forum Santé* »

L'association Forum Santé rassemble des patients et des soignants de la Maison Médicale de Barvaux. Deux patients, membres de Forum Santé, sont membres de l'Assemblée générale de la Maison Médicale. Une assistante sociale travaille en partie pour Forum Santé et en partie pour la Maison Médicale. Forum Santé est né en 1986, à l'initiative de la maison médicale de Barvaux, pour soutenir le développement d'actions collectives de promotion de la santé, où les patients et les soignants de la maison médicale ont appris à se rencontrer dans un autre cadre que la consultation individuelle. Ces actions sont diverses : c'est la préparation d'une recherche sur la satisfaction des usagers de la maison médicale, sur leurs attentes en matière d'information, sur leur perception de la qualité de la communication avec les soignants (« *pour vous, une bonne consultation, c'est...* »), sur les conditions favorables à une meilleure prise en charge de leur santé, etc. A deux reprises, un échantillon représentatif de l'ensemble de la patientèle a répondu à un questionnaire écrit, complété par des interviews approfondis.

Ces rencontres entre patients et soignants proposent aussi une réflexion commune sur les soins proposés à la maison médicale, où chacun découvre les perceptions, les représentations, les frustrations et les satisfactions de l'autre… La santé fait partie du vécu intime de chaque patient, de son expérience profane, alors que, pour les professionnels, c'est d'abord un domaine où leurs compétences professionnelles et humaines sont en jeu.

Forum Santé organise aussi des activités plus concrètes : des conférences santé suivies de groupes de paroles : « *Vivre avec un adolescent* », « *Mes parents ont 80 ans* », « *Je viens d'apprendre que j'ai un cancer* », etc. Deux groupes d'entraide se sont ainsi mis en place : *« Nénuphar »* pour les personnes atteintes d'un cancer et « *La Porte Ouverte* » pour les personnes qui souffrent de solitude. Un Magazine, envoyé chaque trimestre à l'ensemble des patients de la maison médicale, a également été créé en 1996 par Forum Santé : c'est « Forum Santé Magazine» !

Nous y voilà ! Le comité de rédaction du magazine est donc composé de patients et de soignants de l'association, le plus souvent des généralistes de la maison médicale.

Magazine

La santé est à prendre au sérieux mais les quatre pages trimestrielles de Forum Santé Magazine ne se veulent pas austères. L'accent est mis sur la lisibilité. Chaque article est révisé et, au besoin, réécrit par la rédaction de façon à ce qu'il puisse être compréhensible par la majorité des lecteurs (les 2.500 patients de la Maison Médicale). Ces articles sont rédigés autant par des patients que par des soignants. La validité scientifique est assurée par les soignants (généralistes) de la rédaction ou éventuellement par des lecteurs spécialistes extérieurs.

Que trouve-t-on dans Forum Santé Magazine ?

Des articles sur un sujet de santé, des articles en rapport avec les thèmes abordés par l'association Forum Santé, le vécu de patients ayant participé à des activités de Forum Santé,

(1) Président de Forum Santé et membre de la rédaction de Forum Santé Magazine.



des présentations d'associations ou de services de la région, un agenda des activités sociales et culturelles, les petites nouvelles de la Maison Médicale, etc…

Un outil de communication

Le magazine veut être en phase avec les activités de Forum Santé ou/et de la Maison Médicale et renforcer ainsi l'impact du thème abordé. Il vise à être utile pour la santé de ses lecteurs : mieux comprendre une question permet de mieux la gérer. C'est aussi l'occasion pour les généralistes et les soignants de la maison médicale d'expliquer en termes simples des situations de santé parfois complexes et mystérieuses, de clarifier le travail des soignants. Par exemple, tout au long des années 2001 et 2002, Forum Santé a organisé des activités autour du thème « *Mes parents ont 80 ans* ». Chaque numéro du magazine comportait au moins un article en rapport avec ce thème (« *Aimer à 70 ans* », « *La prostate, rien à voir avec le sexe* », etc.) et le dernier numéro clôturait la série par le récit du vécu d'une patiente ayant participé à ces activités. Forum Santé magazine est lu avec intérêt par beaucoup de patients. Il essaye de créer un lien entre les patients et l'équipe de la Maison Médicale. Il veut ainsi susciter un climat de confiance essentielle pour préparer le terrain au dialogue et à la participation.
Et il semble que l'équipe de rédaction ait fait mouche. En effet, une enquête sur la participation des patients de la Maison Médicale de Barvaux à la gestion de leur santé, réalisée en collaboration avec l'UCL, révèle que 71% des patients interrogés trouvent le magazine utile (29%) ou très utile (42%).

En guise d'illustration, vous trouverez en annexe 3 articles parus dans Forum Santé Magazine : « *Aimer à 70 ans* », « *Témoignage d'une participante au groupe Inspire* » et « *Le vaccin contre la grippe, une protection efficace et pourtant…* » ■

Des articles extraits de Forum Santé Magazine et des informations sur l'association sont consultables sur l'internet à l'adresse suivante : http://users.skynet.be/forum-sante.

Aimer à 70 ans…

C. L., soignante.
Article paru dans Forum Santé Magazine n° 20 (janvier – février – mars 2001)

J'ai 70 ans. Ma fille ne comprend pas qu'à mon âge, je m'intéresse encore aux hommes. Je ne suis peut-être qu'une vieille dame pour elle mais moi, je me sens encore femme. J'aime rester coquette et quand ce vieux voisin me rend visite, je me sens bien.
- Paule et Victor se sont isolés dans le parc. Ils se rapprochent l'un et l'autre, s'enlacent, s'embrassent. Certains résidents savaient, pourtant toute la maison de retraite est en émoi. Victor a toujours été un coureur ! Ils n'ont aucune pudeur ! A leur âge, cela ne se fait pas !
Voici deux situations courantes qui provoquent souvent des réflexions et des interrogations. Mais éprouver de la tendresse, vivre un nouvel amour à un âge avancé, n'est-ce pas une preuve de vitalité formidable qui devrait nous émerveiller ?
Pourquoi ne pas se sentir rassurés en constatant qu'il est possible de vivre jusqu'au bout une vie pleinement humaine ?
Or, nous en sommes souvent gênés.
Certains pensent que le défunt a été vite oublié !
D'autre voudraient voir les personnes âgées sereines, se détachant progressivement de la vie pour se préparer à mourir.
La passion qui se révèle alors bouleverse tout. Pour les enfants, c'est parfois difficile de concevoir que leurs parents aient une vie sexuelle.
L'argent est parfois aussi un obstacle. C'est pourquoi, mettre au clair les questions d'héritage facilite souvent l'accueil du nouveau venu.
Les petits-enfants n'ont généralement pas la même inhibition. Ils sont sensibles aux manifestations de tendresse entre personnes âgées. Ce la leur donne confiance en l'avenir.
Fonder un couple permet d'avoir une relation privilégiée qui arrache à la solitude.
Or, très souvent, le nouveau couple se heurte à beaucoup de réticences.
Vivre en maison de retraite ne facilite pas la vie amoureuse. L'intimité est parfois difficile à préserver. Les soignants ne sont pas là pour jouer le rôle de censeurs !
Enfin, la tendresse accompagne la sexualité. La tendresse peut aller du simple regard à la caresse en passant par le baiser. Et le toucher est l'un des rares sens qui ne s'altèrent pas avec l'âge.
La sexualité est donc présente et possible à tout âge. On peut tomber amoureux toute sa vie.
A l'inverse, la sexualité n'est pas indispensable ni obligatoire jusqu'au tombeau. Elle doit être au service du couple et pas l'inverse.
L'âge avancé nous dote parfois d'une certaine sagesse, d'une certaine assurance. Nous avons enfin le temps !
L'amour, la passion et le plaisir n'ont pas d'âge. Ils sont ce que nous en faisons. ◘



Témoignage d'une participante au groupe « *Inspire* »

D. B., patiente
Article paru dans Forum Santé Magazine n° 27 (octobre, novembre, décembre 2002)

« *INSPIRE* » est un groupe de paroles qui s'est mis en place à la Maison Médicale suite à la formation « *Mes parents ont 80 ans* ».
Il s'adresse à des personnes qui s'occupent d'un parent âgé.
« *INSPIRE* » est un lieu pour parler des difficultés que pose la prise en charge d'un parent âgé, pour échanger avec des personnes vivant la même situation et pour trouver un soutien en toute confidentialité.
Forum Santé est heureux de vous annoncer la continuité de ce groupe en 2003.

Voici le témoignage poignant d'une participante :

« *Lorsque maman, voici un an, a été victime d'une thrombose, c'est comme si tout se bousculait pour moi.*
Celle qui écoutait, rassurait, encourageait et pardonnait en était arrivée à ne plus pouvoir rien dire.
Son état était tel que nous avons dû la placer dans une maison de soins.
Un sentiment de culpabilité a alors été très fort et a provoqué chez moi une dépression nerveuse.
Ni mon mari, ni mes enfants et petits–enfants n'arrivaient à me faire revivre.

Comment allais-je me sortir de ce cauchemar ?

Alors, il y a eu le groupe de paroles « Inspire ».
Savoir que d'autres personnes vivent la même chose que moi, et écouter leurs témoignages m'a beaucoup aidée à supporter ce qui m'arrive.

Je suis heureuse d'avoir pu faire partie de ce groupe, et d'avoir pu bénéficier de la présence de notre psychologue Maria Vereecke, son analyse, m'a permis d'y voir plus clair et surtout de voir les choses d'une manière plus sereine en me guidant sur la façon de communiquer avec maman.
Seule, je n'y serais jamais arrivée ». □

Le vaccin contre la grippe :
une protection efficace et pourtant…

J. L., soignant
Article paru dans Forum Santé Magazine n° 27 (octobre – novembre – décembre 2002)

… quelques personnes, concernées par ce vaccin, choisissent cependant de ne pas se faire vacciner. Les raisons invoquées sont souvent les suivantes :

« *Je n'ai jamais eu la grippe* » ou encore : « *C'est le vaccin qui m'a refilé la grippe !* » et aussi : « *Je me soigne par homéopathie et je préfère éviter les vaccins* ». «*Je suis en bonne santé et capable d'affronter la grippe* ». « *Je me méfie des effets secondaires du vaccin* ». « *J'ai peur des piqûres* ».

Les soignants de la Maison Médicale respectent ces choix, mais restent persuadés que ce vaccin est un bon service pour les personnes de plus de 65 ans ou plus fragiles : celles qui sont atteintes d'un diabète, d'une maladie des poumons, du cœur ou des reins. Ceux qui ont de l'asthme ou une moindre résistance contre les infections. Ainsi que les personnes souffrant d'une infection à staphylocoques ou d'un cancer. Depuis peu, il est également recommandé de proposer ce vaccin aux femmes enceintes de plus de 4 mois. A tous ceux-là, le vaccin est remboursé.

Pour toutes ces personnes, les complications de la grippe sont parfois redoutables. Alors qu'il est facile d'éviter la grippe par le vaccin, suffisamment efficace, même s'il peut ne pas l'être à 100 % !

Comme les années précédentes, l'équipe de la Maison Médicale se vaccine pour ne pas propager les virus de la grippe aux personnes affaiblies qui auraient pu refuser ce vaccin… □



CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT

ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF

SES OBJECTIFS

- Promouvoir concrètement le droit à l'information du malade.
- Soutenir les initiatives cherchant à assurer une plus grande autonomie du malade.

LE CENTRE PEUT VOUS OFFRIR :

Une aide méthodologique pour concevoir et réaliser des plans d'information et des outils d'éducation efficaces, réalistes et capables d'atteindre des objectifs répondant à vos besoins.

Une unité de production d'outils éducatifs, audiovisuels et graphiques, adaptés à vos possibilités et vos besoins.

Des évaluations de l'impact des actions éducatives entreprises et des effets des outils créés.

Des informations sur les expériences et les outils existants (bibliothèque spécialisée).

Des activités de formation : séminaires, stages, conférences.



CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT a.s.b.l.

4, rue du fond de la biche
B - 5530 Godinne
Tél. : ++ 32 (0)82 61 46 11
Fax : ++ 32 (0)82 61 46 25
Email : cep_godinne@skynet.be
Site : http//www.educationdupatient.be



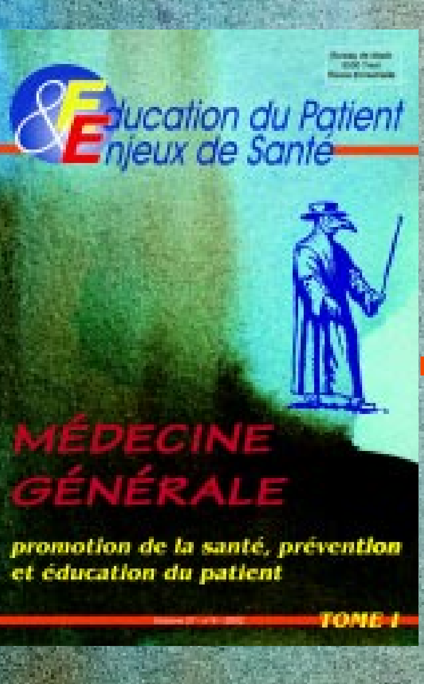
POUR ÉCRIRE DANS «EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTE»...

Le comité de rédaction et le comité scientifique de la revue ont élaboré un document reprenant des recommandations pour les auteurs de la revue.

Si vous souhaitez soumettre un article scientifique ou pratique à la revue, nous nous ferons un plaisir de vous envoyer ce document. Pour le recevoir, il suffit de téléphoner au Centre d'Education du Patient ou de nous faire part de votre demande par fax, par mail ou par courrier.

La revue accepte tout article répondant aux recommandations et contribuant à la qualité de la relation soignant-soigné et de l'éducation du patient.
La revue publie également des articles hors-dossiers, des annonces, des synthèses de publication...

Dossiers en projet : Médecine générale TOME II, Tabac et maternité, Accident vasculaire cérébral et hémiplégie...





LA REVUE EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTÉ EST UNE PUBLICATION DU CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT A.S.B.L.

IL S'ADRESSE À TOUTES LES PERSONNES INTÉRESSÉES PAR LE PROBLÈME DE L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE. SON OBJECTIF EST D'AIDER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À RESTER INFORMÉS DES IDÉES, EXPÉRIENCES, MOUVEMENTS ET NOUVEAUX PROGRAMMES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU PATIENT.

Medecine générale TOME I

Editorial 93
par Jean Laperche

Agir en prévention en médecine générale 94
par Jean Laperche

Le médecin de famille et l'information du patient : *les réalisations de l'Union des Omnipraticiens de l'arrondissement de Dinant, l'UOAD* 98
par Baijot Etienne, Devresse Pierre-Yves et Simon Daniel

Vous me mettrez un peu de santé publique : avec ou sans généraliste ? 105
par Jean Laperche, Dominique Pestiaux et Carl Vanwelde

Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action 110
par Gwénola Levasseur

La place du médecin généraliste en santé-environnement 114
par Pascale Jonckheer

Peut-on parler d'éducation pour la santé en soins palliatifs ? 118
par Michel Vanhalewyn et Cécile Bolly

Forum Santé Magazine, outil de communication et de participation 122
par Jean-Claude Lesire

Volume 21 - n°4 - 2002

Education du Patient et Enjeux de Santé ISSN = 0777-0898

Rédaction, administration: Centre d'Education du Patient a.s.b.l. - 4, rue fond de la Biche - B-5530 Godinne - Tél. 082 / 61 46 11 - Fax. 082 / 61 46 25
Avec le soutien du Ministère de la Région wallonne Division de l'Emploi.